



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2015

**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES**

**ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE**



**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES**

**ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Dedico este trabalho à minha esposa Hélia Marques e aos meus filhos
Pedro Augusto e António Carlos, pelo seu incansável e indispensável apoio.

o júri

presidente

Doutor Fernando Manuel Bico Marques
professor catedrático da Universidade de Aveiro

Doutor Alberto Augusto Oliveira Pinto Hespanhol
professor associado com agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Doutora Alcione Leite da Silva
professora associada convidada da Universidade de Aveiro

Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago
professor associado convidado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Doutor António José Monteiro Amaro
professor coordenador da Universidade de Aveiro

Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo
professor auxiliar com agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Manuel Lopes Nunes a minha gratidão pela disponibilidade, pelo estímulo, apoio e formação prestados.

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo a minha gratidão pela disponibilidade, pelo estímulo, apoio e formação prestados.

Ao Professor Doutor Nelson Pacheco da Rocha, diretor da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, a minha gratidão pelo estímulo e apoio prestados.

Ao Professor Doutor Francisco Manuel Lemos Amado e ao Professor Doutor António José Monteiro Amaro, diretor e subdiretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a minha gratidão pelo estímulo e apoio prestados.

À Professora Doutora Alcione Leite da Silva a minha gratidão pela disponibilidade, pelo estímulo, apoio e formação prestados.

Ao Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol, ao Professor Doutor André Rosa Biscaia, ao Professor Doutor Armando Brito de Sá, ao Professor Doutor Francisco Alte da Veiga, ao Professor Doutor José Carlos Martins, ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, ao Professor Doutor Vítor Rodrigues, à Professora Doutora Maria da Piedade Brandão, à Doutora Ana Maria Vale Pereira e ao Dr. Vítor Ramos o meu reconhecimento pelo apoio e aprofundamento de várias temáticas desta tese.

À Administração Regional de Saúde do Centro e em especial ao então Presidente do Conselho Diretivo, Professor Doutor Fernando Jesus Regateiro, o meu agradecimento e reconhecimento pelo empenho e apoio à realização deste estudo.

Aos diretores dos Centros de Saúde que colaboraram na realização do estudo o meu reconhecimento e em particular aos diretores dos Centros de Saúde de Albergaria-a-Velha, Águeda, Anadia, Cantanhede, Castelo Branco, Celorico da Beira, Coimbra – Norton de Matos, Coimbra – São Martinho do Bispo, Covilhã, Leiria – Gorjão Henriques, Mealhada, Pombal e Viseu I, pelo empenhado apoio na distribuição e recolha dos inquéritos aos profissionais de saúde e na sua devolução.

A todos os médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde da Região Centro que responderam aos inquéritos, e que assim possibilitaram a realização do presente estudo, o meu reconhecido agradecimento.

Finalmente, a todos os profissionais da Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, assim como aos colegas e amigos que contribuíram com o seu encorajamento para o desenvolvimento desta tese, hoje e sempre, o meu muito obrigado.

Ética e cuidados de saúde primários

palavras-chave

ética, bioética, cuidados de saúde primários, centros de saúde.

resumo

Atendendo a que existem poucos estudos sobre as determinantes e as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde, os objetivos deste estudo são identificar e comparar as atitudes éticas dos profissionais de saúde bem como as justificações para essas tomadas de decisão. Trata-se de um estudo transversal quantitativo e qualitativo, de tipo descritivo, no qual foram inquiridos 163 profissionais de saúde, 77 médicos e 86 enfermeiros, dos centros de saúde da região centro de Portugal, com o objetivo de analisar e comparar as atitudes éticas dos profissionais de saúde, assim como as categorias das justificações para a tomada de decisão face a problemas éticos. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, uma escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, para avaliação das atitudes éticas dos profissionais de saúde, e foi solicitado aos participantes que listassem problemas éticos, a partir da leitura de três casos retirados da literatura, e seguidamente recomendassem uma solução para essas situações, justificando a sua resposta. Os resultados indicam que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não parecem ser influenciadas pelo sexo, idade ou anos de atividade. No entanto, os médicos em relação aos enfermeiros parecem ter atitudes éticas mais firmes perante os direitos que visam a autonomia do paciente, assim como os profissionais de saúde que trabalham na sub-região de saúde de Viseu e Aveiro, assim como os que trabalham em área urbana. Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários são, em geral, preocupações do dia-a-dia dos cuidados de saúde. Os médicos e enfermeiros, de maneira geral, preocupam-se em preservar os direitos individuais dos pacientes, numa mistura de abordagens principialista e do cuidado. Justificam-se mais investigações que possibilitem aprofundar a bioética nos cuidados de saúde primários em que tradicionalmente existe uma prestação de cuidados de saúde mais holística, em que o foco é a pessoa ou a família e não a doença ou o sistema orgânico.

Ethics and primary healthcare

keywords

ethics, bioethics, primary healthcare, health centres.

abstract

Given that there are few studies on the determinants and bases that influence ethical decisions of health professionals, the aim of this study was identify and compare the ethical attitudes of health professionals as well as the categories of the reasons for such decision making. Descriptive, quantitative and qualitative cross-sectional study, in the scope of descriptive ethics, whilst empiric research, of the non-normative type, in which 163 health professionals were inquired, 77 doctors and 86 nurses, from health centers of the central region of Portugal. The aim were identify and compare the set of the professionals' ethical attitudes and the justifications they used to explain their decision making in face of ethical problems. A validated scale to assess the professionals' ethical attitudes was used in the study through a questionnaire. On a second moment, the health professionals were asked to list ethical problems from the reading of three hypothetical cases and consecutively recommend a solution for those situations, justifying their suggestion. The results point out that the professionals' ethical attitudes are not influenced by gender, age or years of activity. However, doctors in relation to nurses seem to have firmer ethical attitudes towards the rights aimed at the patient's autonomy, as well as health professionals working in the health sub-region of Viseu and Aveiro and in urban areas. The ethical problems in primary healthcare are, in general, daily healthcare concerns. Doctors and nurses, in general, are concerned with preserving patients' individual rights, but they do so protecting the bonding relationships in a blend of principlism and caring approaches.

abreviaturas e siglas

α – Alpha de Cronbach
aC – Antes de Cristo
ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
ARS – Administração Regional de Saúde
ARS-C – Administração Regional de Saúde do Centro, IP
CDOM – Código Deontológico da Ordem dos Médicos
CES – Comissão(ões) de Ética para a Saúde
CES-ARSN – Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte
CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
coord. – Coordenador(es)
CS – Centro(s) de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade
Dec-Lei – Decreto-Lei
DGS – Direção-Geral de Saúde
DIM – Delegados de Informação Médica
ed. – Editores
EF – Enfermeiro de Família
EUA – Estados Unidos da América
EURACT – European Academy of Teachers in General Practice
FR – Fatores de Risco
GMC – General Medical Council
ICJME – International Committee of Medical Journal Editors
IF – Indústria Farmacêutica
LPD – Lei de Proteção de Dados
MBE – Medicina Baseada na Evidência
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MGF – Medicina Geral e Familiar
MF – Médico de Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
pág. – Página nº
PpD – Pagamento por Desempenho
P4P – Pay for Performance
q. – Questionário nº
RCGP – Royal College of General Practitioners
SA – Sociedade Anónima
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAPE – Sistema de Apoio ao Enfermeiro
S.I. – Sem local
SINUS – Sistema de Informação de Unidades de Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
SRS – Sub-Região de Saúde
SSP – Sistema de Saúde Português
TAC – Tomografia Axial Computorizada
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
vol. – Volume
WHO – World Health Organization
WONCA – World Organization of Family Doctors

índice

Introdução	21
Fase I	
- Ética e Cuidados de Saúde Primários	
- 1. Cuidados de Saúde Primários	39
-- 1.1. O Conceito de Cuidados de Saúde Primários	39
-- 1.2. O Sistema de Saúde Português	45
- 2. O Serviço Nacional de Saúde	55
-- 2.1. Os Hospitais	56
-- 2.2. Os Centros de Saúde	59
- 3. Os Profissionais Nucleares dos Cuidados de Saúde Primários	69
-- 3.1. O Médico de Família	69
-- 3.2. O Enfermeiro de Família	76
- 4. Ética em Cuidados de Saúde Primários	87
-- 4.1. Ética	87
-- 4.2. Teorias da Bioética	91
- 5. Atitude Ética dos Profissionais de Saúde de Cuidados de Saúde Primários: Abordagem Empírica	103
- 6. Questões, Objetivos e Hipóteses de Investigação	113
-- 6.1. Questões de Investigação	114
-- 6.2. Objetivos	115
-- 6.3. Hipóteses	116
Fase II	
- 7. Metodologia	121
-- 7.1. Metodologia Utilizada	121
-- 7.2. Abordagem Quantitativa	125
-- 7.3. Abordagem Qualitativa	131
-- 7.4. Recolha de Dados	134
-- 7.5. Triangulação dos Dados Qualitativos e Quantitativos	139
Fase III	
- Estudo Descritivo efetuado em Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro	
- 8. Resultados do Estudo Qualitativo	145
- 9. Resultados do Estudo Quantitativo	155
- 10. Discussão	163
Conclusões	175
Anexo	
- 1. Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento	179
Apêndices	
- 1. Variáveis a Estudar	183
- 2. Respostas dos inquiridos aos casos apresentados na terceira parte do questionário	189
- 3. Grelha de categorias fundamentada sobre os conteúdos das respostas dos inquiridos	217
- 4. Questionário da Investigação	221
- 5. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do Centro de Saúde de São João, do Porto	231
- 6. Autorização do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro	233
- 7. Carta aos Diretores de Centros de Saúde	235
- 8. Termo de Responsabilidade do Investigador	237
- 9. Análise da Deliberação nº 227/2007 da Comissão Nacional de Proteção de Dados	239
- 10. Artigos publicados	243

índice de quadros e gráficos

- Quadro I: Perguntas a serem respondidas durante a análise de cada caso	96
- Quadro II: Índices das categorias	100
- Quadro III: Classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo e aos profissionais envolvidos	104
- Quadro IV: Centros de saúde por sub-região de saúde, número total e número de aleatorizados	126
- Quadro V: Médicos de família dos centros de saúde por sub-região de saúde, número total e número pelos CS aleatorizados	126
- Quadro VI: Enfermeiros dos centros de saúde por sub-região de saúde, número total e número pelos CS aleatorizados	126
- Quadro VII: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com características socioprofissionais	145
- Quadro VIII: Categorias das respostas aos casos apresentados	146
- Quadro IX: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o sexo	146
- Quadro X: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão ...	147
- Quadro XI: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área de trabalho	148
- Quadro XII: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário	149
- Quadro XIII: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características socioprofissionais	156
- Quadro XIV: Estatística descritiva relativa às atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimentos dos paciente	157
- Quadro XV: Atitudes éticas dos inquiridos segundo a profissão	157
- Gráfico 1: Atitudes éticas dos inquiridos segundo a idade	158
- Gráfico 2: Atitudes éticas dos inquiridos segundo o número de anos de profissão	159
- Quadro XVI: Atitudes éticas dos inquiridos em função da sub-região de saúde a que pertencem	160
- Quadro XVII: Atitudes éticas dos inquiridos em função da área demográfica em que trabalham	161

INTRODUÇÃO

O profissional de saúde deve decidir, momento a momento, sobre aspetos que vão influenciar, por vezes decisivamente, a vida de outras pessoas que o procuram em busca de ajuda¹. Da adequação de sucessivas decisões, que se pretende encadeadas num todo lógico e coerente, resulta a eficiência de uma prática que tem vindo a ser pacientemente aperfeiçoada ao longo de séculos¹. Esta prática pretende-se que seja ética.

A ética não é uma disposição inata nem um impulso espontâneo, mas sim uma conquista. Não pretende ser uma descrição positiva do comportamento, mas propõe um ideal². Segundo Aristóteles, a ética exige uma reflexão crítica sobre os comportamentos e um maior e melhor respeito pela individualidade humana³.

As questões éticas acompanham o desenvolvimento da cultura ocidental, já que foi a civilização grega a primeira a procurar uma resposta racional para o problema do *bem* e do *mal* e a primeira que elaborou uma medicina racional e científica⁴. E também não é por acaso que em toda a filosofia grega o termo “*ethos*” (hábito ordenado de vida) se contrapunha a “*pathos*” (o desordenado, o negativo)⁴.

A palavra ética tem etimologia grega e dois significados. O primeiro vem do termo “*éthos*”, que significa costume ou hábito. Mais tarde surgiu, a partir deste, o termo “*êthos*”, com o significado de maneira de ser. Aristóteles considera que ambas as palavras são inseparáveis, pois é a partir dos hábitos e costumes que se desenvolve no ser humano a sua personalidade⁵. O sinónimo em latim é “*moris*”, de que deriva a palavra moralidade. Ambas as palavras, ética e moral, traçam a linha que separa o lícito do ilícito, o certo do errado, o aceitável do inaceitável⁵.

A filosofia moral, ou ética, elucida e justifica racionalmente a realidade moral sob os seus diversos aspetos⁶. A ética, enquanto estudo do *bem* e do *mal* na ordem do agir, do “*a-fazer*”⁶, do “*fazer-realizar*”⁶, da “*praxis*” no sentido clássico, enuncia normas de agir e não se limita a verificar padrões fáticos de comportamento. É por isso eminentemente “*prática*”⁶, pois tem por objeto de estudo um “*a-fazer*”⁶.

É de salientar que seguindo a sugestão dada pelo estudo etimológico dos termos “*ética*” e “*moral*”, que aponta para que lhes seja atribuído o mesmo sentido, há autores que os utilizam indistintamente⁶. No entanto, há outros que recorrem aos dois termos para significar conceitos diferentes. Por exemplo Paul Ricoeur⁷, no texto a que chama “*ma petite*

éthique”⁷, constatando que etimologicamente os dois termos são sinónimos, decide por convenção utilizar o termo “*ética*” para se referir à procura da “*vida boa*”, com e pelos outros, em instituições justas; e “*moral*” para se referir ao conjunto de normas que regem em concreto o agir que pretende atingir essa “*vida boa*”. Posteriormente, num texto de 2000⁸, o mesmo autor reconhecendo que os especialistas não se entendem sobre o sentido a dar a cada um dos termos, mas que concordam “*na necessidade de dispor de dois termos*”⁸, propõe utilizar “*o conceito de moral para o termo fixo de referência e de lhe atribuir uma dupla função, a de designar, por um lado, a região das normas, dito de outro modo, dos princípios do permitido e do proibido, por outro lado, o sentimento de obrigação enquanto face subjetiva da relação de um sujeito a essas normas*”⁸. Assim, com o termo “*ética*”, Paul Ricoeur⁸ aponta em duas direções. “*A ética anterior referindo para o enraizamento das normas na vida e no desejo, a ética posterior visando inserir as normas nas situações concretas*”⁸. À ética anterior chama-lhe “*ética fundamental*”⁸ e à posterior “*ética aplicada*”⁸.

A ética é uma disciplina de carácter prático que pretende guiar a ação humana com um sentido racional. Embora se viva num tempo de certo relativismo moral e se defenda a convicção que não é possível discutir eticamente aspetos que são completamente subjetivos e privados⁹, a própria sociedade pede a imposição de limites práticos e reconhece que em certas ocasiões nem tudo vale, e nem tudo vale por igual^{10,11}.

O campo da saúde é cada vez mais influenciado pelos avanços científicos e tecnológicos que provocaram uma crescente complexidade da medicina. A utilização destas novas tecnologias deve ser analisada sob um ponto de vista ético, assim como as mudanças que aconteceram nas relações entre os profissionais da saúde e os pacientes dos serviços de saúde nas últimas décadas.

A prática do profissional de saúde se deve pautar por critérios éticos bem definidos à luz da tradição profissional e das disposições internacionais que consagram a doutrina da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais¹². Ao Direito compete balizar comportamentos considerados por todas as correntes do pensamento como eticamente inaceitáveis¹². Numa perspetiva estritamente deontológica, cabe às Ordens, bem como às Associações representativas de outros grupos profissionais, o estabelecimento de linhas diretrizes e, face à competência que lhes foi delegada pelo Estado, elas têm o dever de pugnar para que essas diretrizes sejam cumpridas na sua íntegra¹².

Ao não aceitar uma única ortodoxia cultural, política, ou religiosa, a comunidade humana teve que procurar um novo rumo, uma nova orientação, que permitisse a convivência pacífica dos elementos que a constituem e que levaram à afirmação da Bioética^{13,14}.

O termo “*bioética*” significa literalmente ética da vida¹, uma ética aplicada à vida. A palavra de origem grega “*bios*” significa “*vida*”, a vida em si mesma, o “*existente vivo*”¹⁵, sendo o termo originariamente aplicado à vida humana e não à vida animal. Entretanto, a palavra “*bios*” veio a generalizar-se e a significar a vida como fenómeno, ou seja, o biológico tal como hoje é entendido, englobando todos os seres vivos e o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina, entre outras. “*Ethos*” significa “ética”, refere-se, pois, ao comportamento do ser humano, aos valores implicados nos costumes¹⁵.

A existência de um consenso transcultural implica que a ciência concorra sempre para melhorar as condições de existência da humanidade, respeitando a identidade do sujeito e da espécie a que pertence¹⁶. Esta linha de pensamento está na base da edificação daquilo que hoje se conhece e valoriza por direitos humanos fundamentais. Estes mais não são do que o reconhecimento expresso de um marco axiológico fundamental que é o valor intrínseco e inquestionável da pessoa humana.

A estreita articulação entre a teoria e a prática, como um dos elementos identificadores das “*éticas aplicadas*”⁸, é manifesta desde o aparecimento da Bioética que, suscitada pela complexidade de problemas de ordem prática, procurou de imediato suporte teórico para uma melhor apreciação e deliberação¹⁵. De entre as teorizações da Bioética, pode-se destacar: a do libertarismo^{16,17}, que atribui aos direitos humanos a justificação para o valor central da autonomia do indivíduo sobre o seu próprio corpo e as decisões relativas à sua vida; a das virtudes^{18,19}, que coloca a ênfase na boa formação do carácter e da personalidade das pessoas em geral e dos profissionais da saúde em particular; a da casuística^{20,21}, que estimula a análise de casos a fim de se estabelecerem características paradigmáticas para em situações semelhantes servirem de analogia; a da narrativa^{3,22}, que entende a intimidade e a identidade experimentadas pelas pessoas ao contarem ou seguirem histórias como um instrumento facilitador da análise ética; a do cuidar^{23,24}, que defende a importância das relações interpessoais e da solicitude para com o próximo; e a do principialismo^{25,26}, baseado em quatro princípios: respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Esta última teorização, também conhecida como ética principialista e justificada na “moral comum”²⁶, é o modelo mais difundido na reflexão bioética. A estruturação do principialismo constituiu uma resposta à necessidade, que se sentia de uma forma cada vez mais premente, de um suporte teórico que fundamentasse, justificasse, validasse e credibilizasse as ações a desenvolver pela biomedicina¹⁶.

Por fim, destaca-se também a importância dos diferentes perfis das instituições sociais, principalmente as que se dedicam à prestação de cuidados de saúde, no moldar da Bioética²⁷. Aqui, mais uma vez, sobressai o sentido do particular, a atenção ao individual da perspectiva norte-americana, que se repercute num menor investimento de âmbito social comparativamente à generalidade dos países europeus.

Em todas estas situações é condição fundamental o equilíbrio da ética e da sua reflexão, através de orientações gerais que não alterem a criatividade ou a liberdade científica e clínica do médico e do investigador, mas que permitam uma uniformidade de atuação diária em todas as circunstâncias em que a sua intervenção naqueles campos se tenha que realizar²⁸.

Para se compreender melhor este campo da ética aplicada torna-se necessário rever alguns aspetos que acompanharam a sua origem e evolução.

Assim, nas décadas de 60 e 70, do século XX, a biomedicina experimentou um grande avanço tecnológico e científico. Paralelamente a este desenvolvimento biotecnológico, surgem denúncias, em artigo publicado no “*New England Journal of Medicine*” em 1966, de práticas de investigação eticamente incorretas realizadas em seres humanos, mesmo após o advento do Código de Nuremberga, em 1947, e da Declaração de Helsínquia, em 1964²⁹. Estas denúncias questionaram a medicina e a sua ética milenar.

A Bioética surge então nos Estados Unidos na década de 70, do século passado, centrando-se nas inéditas questões éticas suscitadas pelo progresso das biotecnologias e nas respostas possíveis, atendendo ao respeito pela autonomia de todos e de cada um dos intervenientes, assumindo-se inequivocamente como uma ética biomédica^{29,30,31}.

O termo bioética foi originalmente proposto pelo oncologista norte-americano Van Ressenlaer Potter, professor da Universidade de Wisconsin (EUA), no artigo publicado em 1970 “*Bioethics, the science of survival*”³² e posteriormente no livro “*Bioethics: bridge to the future*”³³, publicado em 1971. Entretanto, em 1971, Andre Hellegers, ginecologista, também

norte-americano, de ascendência holandesa, da Universidade de Georgetown, usa o termo “*Bioethics*”, num contexto institucional para designar uma área de investigação, ao fundar o “*The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*”. Curiosamente, eles reportam-se a realidades algo distintas, recorrendo ao mesmo neologismo, com um desígnio comum: a necessidade de uma reflexão interdisciplinar no âmbito das ciências da vida e da saúde, em que a perspectiva ética ocupe uma posição destacada e indispensável³⁴.

Andre Hellegers, a partir do seu trabalho no Kennedy Institute of Ethics, é um dos que imprime à Bioética o seu significado mais corrente, ao aplicá-la à ética da medicina e das ciências biomédicas. Assim, quer no espaço anglo-americano, quer no europeu continental, a emergência da Bioética procede essencialmente da clara percepção dos perigos que o desenvolvimento precipitado da ciência encerra para o ser humano na sua integridade física e na sua identidade pessoal³⁰.

Neste contexto, delineado pela preocupação inicial de Van Potter ao inventar o neologismo bioética e pelo uso atribuído à palavra por Andre Hellegers, destacam-se as seguintes motivações para explicar o desenvolvimento da Bioética: os avanços da biologia molecular e da genética; as preocupações ambientais e ecológicas; e a transformação ocorrida na prática médica com a incorporação do desenvolvimento científico-tecnológico da biomedicina^{27,30,31,34,35,36}.

A ética biomédica, delineada pelo progresso científico-tecnológico, progrediu com uma atenção particular aos problemas de relação entre investigadores e sujeitos de experimentação no âmbito da investigação biomédica, e entre profissionais de saúde e pacientes no âmbito dos cuidados de saúde. Modelada pela sua génese sociopolítica, a Bioética progrediu numa promoção constante das relações simétricas entre pessoas, garantidas pelo respeito pela autonomia de cada uma, e no reforço da sua respetiva esfera individual^{31,35}.

Na passagem da década de 70 para a de 80 do século XX, a Bioética surge na Europa continental, desencadeada pontualmente pelo nascimento em 1978, no Reino Unido, de Louise Brown, a primeira bebé gerada por fertilização “*in vitro*”. Deste modo, a Bioética europeia, também ela desencadeada por uma inovação biotecnológica, à semelhança da anglo-americana, começa a ampliar o seu foco de visão, situando-o na relação do ser humano com a técnica, e com uma índole mais fortemente especulativa,

numa reflexão sobre a natureza humana, a essência da técnica e seu relacionamento, ultrapassando assim as particularidades do caso concreto²⁷.

A discrepância entre a Bioética anglo-americana e a europeia continental repercute-se de forma significativa em diferentes planos, o que remete para as condicionantes do seu desenvolvimento, entre as quais se destacam as “*tendências filosóficas*”²⁷ predominantes em cada um dos contextos, os respetivos “*regimes jurídicos*”²⁷ e as “*instituições sociais*”²⁷ estruturantes da vida comunitária.

O caso paradigmático para análise desta questão é certamente o dos sistemas nacionais de saúde e a sua política de alocação de recursos³⁷. Assim, a existência *versus* ausência de sistema nacional de saúde que universalize a prestação de cuidados de saúde primários à comunidade é perspectivada sob o ângulo das diferentes concepções de justiça que dominam cada sociedade. Na Europa, a noção de justiça mais amplamente partilhada é a “*comunitarista*”³⁷, considerando que é cada comunidade, em diferentes momentos da sua história e circunstâncias de vida coletiva, que tem de explicitar a sua perceção comum de “*bem*”³⁷. Neste contexto, a Europa, e alguns estados americanos, o Oregon por exemplo, desenvolveram uma forte preocupação social, frequentemente de cunho “*igualitarista*”³⁷, ao estabelecer um pacote mínimo de bens elementares e de serviços básicos a disponibilizar a toda a população. Este sentido de justiça protagoniza diferentes valores que caracterizam a Bioética europeia, sendo eles: o da solidariedade e o da responsabilidade, que enunciam novos princípios; o da vulnerabilidade e o da integridade, numa ampla concepção holística da saúde como bem-estar, o que lança a Bioética no campo social, através da sua atuação no âmbito da saúde pública. No final do século XX, existiu uma importante tentativa de promover uma Bioética de cariz europeu, nomeadamente através de um projeto patrocinado pela União Europeia e que congregou os seus mais reputados especialistas em Bioética³⁸. Este projeto identificou alguns valores partilhados a nível transeuropeu tratando-se de uma importante iniciativa neste domínio³⁷.

Questões como os limites à autonomia pessoal, o papel da família na prestação de cuidados, a proteção de minorias culturais ou uma diferente perspetiva da justiça distributiva são instrumentais para criar uma alternativa à corrente predominante no mundo anglo-saxónico³⁹.

No decorrer do III Congresso Mundial de Bioética, em São Francisco (EUA), iniciou-se a Bioética da saúde da população, que envolve não só os profissionais da saúde, mas

toda a sociedade, e que transcende a relação médico-paciente, apoiando-se nos direitos humanos e nas ciências biológicas, sociais, humanas e de gestão⁴⁰.

Para cumprir a responsabilidade social da Bioética é preciso considerar a saúde da população. Para tal é necessária formação contínua, aquisição de conhecimentos em áreas não familiares de saúde pública, saúde mundial, análises de custo/benefício em saúde, entre outras. As questões da Bioética nesta fase, para além das questões relacionadas com a saúde, tocam assuntos fundamentais da economia, história e política, entre outros⁴⁰.

Alguns autores^{41,42} defendem uma perspectiva integrada da ética em cuidados de saúde, na qual a dimensão social e comunitária assume particular relevo. Como se constata, a propósito da doença e do fenómeno de adoecer: *“Se na perspectiva da medicina, o conceito de doença se refere, essencialmente, à categorização de grupos de sintomas em entidades clínicas conhecidas e tipificadas, conduzindo a quadros mais ou menos reproduzíveis de doenças, para a pessoa doente vão ser determinantes outros fatores. A título de exemplo, um episódio doloroso transforma-se culturalmente numa realidade médica. Assim, o modo de adaptação da pessoa à nova situação de estar doente vai ser decisivo na autoperceção pessoal, na recuperação funcional e na conseqüente integração social e familiar. Diferentes variáveis concorrem para que o grau de perturbação não seja extrapolável a partir de dados objetivos, ainda que sistematizados segundo critérios aceites e estabelecidos”*⁴³.

A Bioética está implícita na atividade diária, mas de um modo inconsciente. Em geral é observada uma rejeição pelos tópicos que insinuam a autocrítica. Os conflitos éticos derivam fundamentalmente da relação entre o profissional de saúde e o paciente, pontuada pela família, principalmente ao dar informação. Os princípios bioéticos consideraram como muito importante os direitos do paciente à informação e ao consentimento informado⁴⁴.

De acordo com alguns autores^{45,46,47}, os problemas éticos vivenciados nos cuidados de saúde primários diferem dos identificados nos demais níveis dos serviços de saúde. O que foi confirmado por investigações desenvolvidas nos cuidados de saúde primários, que identificaram vivências de problemas de ordem ética diferentes daquelas identificadas nos demais níveis dos cuidados de saúde^{46,48,49}. No entanto, são necessárias mais investigações que procurem quantificar os problemas éticos nos cuidados de saúde primários, e especificamente a nível dos centros de saúde.

Porém, os problemas de ordem ética relacionados com os cuidados de saúde primários não podem ser analisados sem se considerar o contexto em que os mesmos são prestados, porque há uma interação entre a organização dos serviços e o sistema de saúde em que eles estão inseridos.

Em Portugal, a saúde estrutura-se sob a égide do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado pela Constituição de 1976, que consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais da época criou um SNS inspirado no modelo inglês, garantindo o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde. A este propósito, *“à priori, pode perguntar-se qual o enquadramento filosófico-político do direito à proteção da saúde. A maioria das sociedades reconhece a existência deste direito, inscrevendo-o no quadro dos direitos positivos (a positive welfare right como refere Norman Daniels). Pode mesmo tratar-se de uma das mais importantes conquistas das sociedades plurais e seculares – ou seja, um direito de natureza civilizacional – devendo considerar-se como uma expressão da dignidade da pessoa humana. Note-se que o Art. 3º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (1997) reconhece a existência de um direito à saúde, ainda que seja limitado pelas restrições económicas do sistema. Pelo que é possível deduzir-se que o direito à proteção e à promoção da saúde é determinante para o exercício de uma efetiva igualdade de oportunidades, numa sociedade livre e inclusiva”*⁵⁰.

O SNS foi objeto de uma reestruturação orgânica pela aplicação do Decreto-Lei (Dec-Lei) n.º 212/2006, de 27 de outubro, concretizando uma importante inovação em relação ao passado, e que assenta na opção de distinguir a gestão dos recursos dos serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde, da gestão dos recursos internos do SNS. Esta gestão passa a ser feita através de um Instituto Público, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (Portaria n.º 646-2007, de 30 de maio), tutelado pelo Ministério da Saúde, que tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias da informação do SNS, bem como promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, e ainda proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, em articulação com outros institutos públicos, nas áreas da sua intervenção. As Administrações Regionais de Saúde, IP (Dec-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio), por sua vez, negociam, no âmbito do seu território regional, contratos-programa, com os centros hospitalares e os agrupamentos de centros de saúde (ACeS), pelos quais se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos a atingir

e os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução (Dec-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Em 1971, o Estado Português reconheceu pela primeira vez, em diploma legal, o direito à saúde de todos os cidadãos e foram criados centros de saúde (CS) em quase todos os concelhos, na altura essencialmente vocacionados para os cuidados de saúde materna e infantil, incluindo vacinação, mais tarde alargados ao planeamento familiar. Estes cuidados eram essencialmente prestados por pediatras e ginecologistas, alguns médicos apenas com formação básica e por um grande número de enfermeiros com formação em saúde pública. Apesar dos bons programas de que dispunham, não conseguiam abranger a totalidade da população-alvo⁵¹, porque estes centros funcionavam em paralelo com os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência⁵².

Após o 25 de abril de 1974 é preconizada a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que vem a acontecer em 1979, através da Lei nº 56/79, a primeira Lei de Bases da Saúde, sendo feita a integração da Federação das Caixas de Previdência no Ministério da Saúde e nacionalizados os Hospitais das Misericórdias. Nos anos seguintes é produzida numerosa legislação destinada a regulamentar o SNS⁵¹.

A partir da década de 80 do século XX, a maior parte da população começa a ter acesso a cuidados de saúde primários (CSP) com um mínimo de dignidade. Desde então, inicia-se uma evolução sem retorno. As mudanças ocorridas foram múltiplas e traduziram-se na definição do perfil do médico de família (MF) e do seu papel nos cuidados de saúde em Portugal⁵².

Em 2008 existiam 6.169 MF em Portugal. A rede de CSP incluía 351 CS dispersos pelo país, por sua vez divididos em mais de 2.000 extensões de saúde, que cobriam a totalidade do país. Existiam, no entanto, grandes variações, dependentes da população, regime de trabalho e organização interna dos serviços⁵³.

Nos países desenvolvidos os cuidados de saúde também estavam em fase de grandes mudanças. O fim do milénio foi um período de conflito e debate sobre serviços de saúde e seu financiamento⁵⁴. As mudanças estavam a ocorrer e envolviam os vários intervenientes dos cuidados de saúde.

Uma nova atitude dos médicos é exigida pela mudança de mentalidade da população. Os direitos dos doentes e utentes dos cuidados de saúde tornam-se

progressivamente mais importantes e levantam questões sobre a responsabilidade de médicos, o direito de escolha, os autocuidados, as expectativas e necessidades dos pacientes, o papel de “*gate-keeper*” e a educação para a saúde^{54,55}. Os médicos devem questionar-se sobre qual deve ser a sua atitude dentro desta nova relação médico-paciente. Apesar dos numerosos problemas ainda existentes, verifica-se que muitos pacientes já veem o seu médico de família como o contacto fundamental quando precisam de ajuda ou conselho⁵⁶. Por outro lado, os colegas de outras especialidades começam a aceitar a verdade inquestionável, isto é, a medicina geral e familiar existe, é reconhecida como especialidade e é a base do sistema de saúde português⁵².

A enfermagem também não é exceção, antes pelo contrário, são-lhe colocados contextos e desafios que, a curto prazo, irão muito para além dos modelos tradicionais nos quais têm vindo a funcionar, quer ao nível da formação, quer ao nível dos diferentes locais de trabalho⁵⁷. Estes modelos têm-se mantido, umas vezes porque essa realidade é imposta e outras porque têm tido alguma dificuldade em separar-se de um longo passado. Isto tem condicionado a sua atuação e a procura de formas inovadoras de fazer, face aos atuais problemas de saúde e aos contextos em que se prestam cuidados⁵⁷.

A ideia de uma “*enfermagem de família*” centrada no trabalho com as famílias há muito que vem a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em CSP, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique⁵⁸.

Entretanto, apesar de todas as reformas em curso e de se reconhecer que a efetivação de alterações no SNS implica um processo de mudança de atitudes dos diversos atores envolvidos, pouco se tem trabalhado no campo da preocupação ética acerca dos papéis e das responsabilidades de cada um dos grupos profissionais nucleares nos cuidados de saúde primários (CSP).

Para fazer frente ao desafio de concretização da reforma do SNS, parece evidente a urgência de se lidar com os problemas de ordem ética vivenciados nos serviços e sistema de saúde, especialmente no nível dos CSP, que tem sido preterido no campo das reflexões bioéticas.

A Bioética cresceu ao mesmo tempo que os problemas com o ambiente e as ciências da vida (medicina, enfermagem, biologia, ecologia, ...) e esboçou alguns princípios gerais para se poder decidir se tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto e

bom^{14,59}. No entanto, ainda são poucos os estudos que procuram conhecer os critérios e fundamentos que determinam ou influenciam as decisões dos profissionais de saúde⁶⁰.

Atualmente, a teoria ética já não se encontra isolada da investigação empírica prévia, forma tradicional como ela apareceu na filosofia ética, mas está ligada a essa investigação e é informada por ela⁶¹. O objetivo da diretriz de ação já não é fazer uma afirmação conclusiva de um dever moral, mas ir fazendo declarações provisórias que devem ser investigadas com critérios científicos e revistas quando se justifique, ou seja, quando houver mais conhecimento empírico. A abordagem filosófica daquele que procura respostas racionais conclusivas é substituída pelo compromisso de melhorar alguns aspetos da vida humana. Para a ética clínica é o melhorar as condições das pessoas com valores e/ou preferências conflitantes em casos particulares⁶¹.

A investigação bioética empírica é essencial para o campo da Bioética, da Ética e para todos quantos procuram soluções para conflitos de valores⁶¹. O aprofundar da investigação empírica em Bioética permite gerar novos conhecimentos sobre conflitos éticos na prática clínica⁶¹. Essa investigação leva, em primeiro lugar, a um maior conhecimento sobre as associações e causalidades dos elementos que geram os conflitos éticos. Com mais conhecimento empírico é possível melhorar a estratégia para o decurso de eventos clínicos, o que pode vir a disponibilizar uma mais eficaz consultadoria ética para os casos particulares. Mais conhecimento empírico também pode ser a base para um desenvolvimento mais amplo de estratégias preventivas para lidar com os conflitos éticos. É mesmo um sinal de maturidade, mais alinhado com as outras áreas do saber baseadas na metodologia científica. Trata-se de um campo da ética aplicada, em que os profissionais de saúde e os decisores políticos são, cada vez mais, chamados a centrar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde na redução da incidência de conflitos éticos. O que pode ser medido por meio de testes e estudos empíricos, ou seja, investigação científica, o que também permite avaliar a eficácia de estratégias que incidam numa melhor gestão dos conflitos éticos. Todos concordarão que uma boa gestão preventiva é muito mais eficiente para evitar os conflitos éticos do que ter de lidar com eles enquanto dilemas éticos. Isto exige que o eticista se torne competente em estudos empíricos de tomada de decisão clínica e aplique os seus resultados às questões que afetam o paciente e a sua família⁶¹.

Atualmente não é simples falar de moral, embora a ética esteja na moda, contudo, parece que poucos acreditam que esta seja uma disciplina importante para a vida em geral. Ética e moral remetem para os costumes e ajudam o ser humano a forjar um carácter bom

e a confrontar a vida de um modo mais humano de forma que, no final, possa ser mais feliz⁶².

Enquanto alguns se dedicam à Bioética, quer pela análise e discussão filosófica, quer pela consulta de ética clínica e pela investigação empírica, a maioria dos profissionais de saúde na sua prática diária dedica muito pouca atenção a estes assuntos. A maioria dos médicos tem pouca preocupação com distinções morais particulares quando confrontados com um pedido de assistência de um paciente moribundo, ou com a oferta de uma empresa farmacêutica para assistir a uma sessão sobre um produto num “resort” de cinco estrelas com um evento social atrativo⁶³. No entanto, o que os médicos querem saber é o que pode incidir sobre os factos, como resolver os conflitos éticos que têm impacto na assistência aos pacientes. Neste sentido, a investigação empírica de questões relacionadas com a Bioética tem proporcionado dados úteis e orientadores de linhas de ação para os médicos, tanto a nível individual, assistencial, como político, bem como o continuar da investigação em mais áreas pode ajudar a enfrentar as questões éticas⁶⁴.

Assim, a presente tese pretende ser uma aproximação às questões éticas no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal, procurando identificar junto dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) os problemas éticos que enfrentam e os fundamentos que utilizam para os solucionar. Deste modo, espera-se poder contribuir para um processo de tomada de decisão ética mais adequado à realidade dos cuidados de saúde primários e potencializar a resolução dos problemas neles existentes.

A presente tese encontra-se dividida em três fases. Na primeira é apresentado o quadro teórico do estudo, começando pelo conceito de cuidados de saúde primários e sistema de saúde português (capítulo 1), o Serviço Nacional de Saúde (capítulo 2), os profissionais nucleares dos cuidados de saúde primários (capítulo 3) e uma síntese das principais teorias éticas que se consideram essenciais para o contexto dos cuidados de saúde primários (capítulo 4). A que se segue a apresentação da revisão de literatura efetuada (capítulo 5) e a formulação das questões a investigar (capítulo 6). Na segunda fase são apresentadas as metodologias do estudo realizado (capítulo 7). E na terceira fase são apresentados os resultados estudos empíricos efetuados numa amostra de médicos e enfermeiros dos centros de saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (capítulos 8 e 9) e a sua discussão (capítulo 10).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Sá AB. A Decisão em medicina geral e familiar. Lisboa: edição do autor; 2002.
- ² Simões JA. A ética em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2008; 24: 45-47.
- ³ Nogueira D. Implicações éticas no exercício da profissão. *Cadernos de Bioética*. 2000; 24:75-83.
- ⁴ Barbosa A. Bioética e Psiquiatria de Ligação. In: Correia DT. (ed). *Psiquiatria de Ligação na Prática Clínica*. Lisboa: Lidel; 2011: 171-222.
- ⁵ Simões JA. Sistemas de Identificação Biométrica. A propósito do controlo. *Acta Médica Portuguesa*. 2011; 24: 163-168.
- ⁶ Cabral R. Temas de Ética. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa; 2003.
- ⁷ Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1996.
- ⁸ Ricoeur P. De la morale à l'éthique et aux éthiques. In: Apel KO, Barnes J. (ed). *Un siècle de philosophie. 1900-2000*. Paris: Gallimard/Centre Pompidou; 2000.
- ⁹ Cortina A. *La ética de la sociedad civil*. Madrid: ANAYA; 1994.
- ¹⁰ Savater F. *Invitación a la ética*. Barcelona: Anagrama; 1986.
- ¹¹ Savater F. *Ética para Amador*. Barcelona: Ariel; 1992.
- ¹² Nunes R. Ética na relação com o doente. In: Serrão D, Nunes R. (ed). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora; 1998. p. 31-46.
- ¹³ Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da bioética*. 2ª edição. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
- ¹⁴ Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008.
- ¹⁵ Neves MCP. A bioética como reflexão e como prática. In: Neves MCP. (ed). *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 29-35.
- ¹⁶ Nunes R. *Bioética e deontologia profissional*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002.
- ¹⁷ Block W. A libertarian case for free immigration. *Journal of Libertarian Studies*. Summer 1998; 13(2): 167-186.
- ¹⁸ Pellegrino E, Thomasma D. *For The Patient's Good*. New York: Oxford University Press, 1988.
- ¹⁹ MacIntyre A. *After virtue: A study in moral theory*. 3rd edition. London: Duckworth; 2007.
- ²⁰ Jonsen AR, Toulmin S. *The abuse of casuistry: A history of moral reasoning*. Berkeley: University of California Press; 1988.
- ²¹ Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética clínica. Uma abordagem prática de decisões éticas em medicina clínica*. 4ª edição. [tradução de Fernando Martins Vale] Lisboa: McGraw-Hill; 1999.
- ²² Jones AH. Narrative in medical ethics. *British Medical Journal*. 1999; 318: 253-256.
- ²³ Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
- ²⁴ Held V. *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press; 2006.
- ²⁵ Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1979. Disponível em: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
- ²⁶ Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.
- ²⁷ Neves MCP. Bioética e bioéticas. In: Neves MCP, Lima M. (ed). *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005. p. 285-308.
- ²⁸ Silva JR. *A ética na medicina portuguesa*. Lisboa: Faculdade de Medicina; 1994.

-
- ²⁹ Beecher HK. Ethics and clinical research: From the anaesthesia laboratory of the Harvard Medical School at the Massachusetts General Hospital. 1966. *International Anesthesiology Clinics*. 2007; 45(4): 65-78.
- ³⁰ Sgreccia E. Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica. Cascais: Princípiã; 2009.
- ³¹ Hottois G. Bioética. In: Hottois G, Parizeau MH. (ed). Dicionário da bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 58-66.
- ³² Potter van R. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1970; Autumn: 127-153.
- ³³ Potter van R. Bioethics: Bridge to the Future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
- ³⁴ Neves MCP. A bioética de ontem, hoje e amanhã – Interpretação de um percurso. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W, Renaud M. (ed). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora; 2001. p. 20-30.
- ³⁵ Hottois G. Deontologia e ética médicas. In: Hottois G, Parizeau MH. (ed). Dicionário da bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 126-129.
- ³⁶ Leone S. et al. Bioética. In: Leone S, Privitera S. (ed). *Nuovo dizionario di bioética*. Roma: Città Nuova Editrice; 2004. p. 105-114.
- ³⁷ Nunes R. Essential positions and standpoints in the national debates on basic principles. EU- Project Biomed II - Basic ethical principles in bioethics and biolaw. Copenhagen: Centre for Ethics and Law; 1997.
- ³⁸ Rendtorff J. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability - Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2002; 5: 235-244.
- ³⁹ Nunes R. Apresentação pública do programa Luso-Brasileiro de doutoramento em bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.
- ⁴⁰ Wikler D. Presidential address: Bioethics and social responsibility. *Bioethics*. 1997; 11(3-4): 185-192.
- ⁴¹ Nunes R. Investigação e ensino da bioética em Portugal. In: Neves MCP. (ed). *Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 103-108.
- ⁴² Rego G. et al. Distributive justice and the introduction of generic medicines. *Health Care Analysis*. 2002; 10: 221-229.
- ⁴³ Nunes R. Correlações entre os doentes e as instituições. *Actas do V Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, Presidência do Conselho de Ministros; 1999.
- ⁴⁴ Díaz BO, Pérez CG. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Atencion Primaria*. 2005; 35: 240-245.
- ⁴⁵ Brody H. Transparency: Informed consent in primary care. *Hasting Centers Report*. 1989; sep/oct: 5-9.
- ⁴⁶ Fetters MD, Brody H. The epidemiology of bioethics. *Journal of Clinical Ethics*. 1999; 10(2): 107-115.
- ⁴⁷ Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27(2): 98-103.
- ⁴⁸ Knabe BJ, Steams JA, Glasser MG. Medical student's understanding of ethical issues in the ambulatory setting. *Family Medicine*. 1994; 26: 442-446.
- ⁴⁹ Wagner N, Ronen I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nursing Ethics*. 1996; 3(4): 294-304.
- ⁵⁰ Nunes R. Regulação da saúde. 2ª edição. Porto: Vida Económica; 2009.
- ⁵¹ DEPS - Divisão de Planeamento e Normalização. *A Saúde em Portugal*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 1995. p. 29-43.

-
- ⁵² Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
- ⁵³ Campos AC. *Reformas da saúde - O fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina; 2008.
- ⁵⁴ Sousa JC. O futuro da saúde e dos serviços de saúde e as consequências para o planeamento da saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1998; 15: 22-29.
- ⁵⁵ Sampaio J. A prioridade é servir o cidadão: sete reflexões. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1998; 15: 113-116.
- ⁵⁶ Hespanhol AP, Ribeiro O, Pereira AC. Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(2): 99-104.
- ⁵⁷ Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 75-82.
- ⁵⁸ WHO – World Health Organization. Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
- ⁵⁹ Gracia D. Planteamiento general de la bioética. In: GRACIA, D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
- ⁶⁰ Richter J, Eisemann M. Attitudinal patterns determining decision-making in the treatment of the elderly: a comparison between physicians and nurses in Germany and Sweeden. *Intensive Care Medicine*. 2000; 26(9): 1326-1333.
- ⁶¹ Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L, Siminoff L. (editor). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
- ⁶² Cortina A. *El quehacer ético. Guía para la educación moral*. Madrid: Aula XXI/Santillana, 1996.
- ⁶³ Nunes R. Ética nas relações da indústria com a clínica geral. *Actas do 3º Congresso Luso-Galego de Medicina Familiar e Comunitária*. Porto; 1998.
- ⁶⁴ Frader J. The significance of empirical bioethics for medical practice. In: Jacoby L, Siminoff L. (editor). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 21-35.



**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES**

ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

FASE I

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os cuidados de saúde primários (CSP) são um elemento chave de um sistema de saúde e o português (SSP) não é exceção. Eles estão na primeira linha¹, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários, e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo de saúde/doença de uma vida e não apenas os episódios de doença. Os CSP orientam-se para a promoção da responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações e coordenam, quando necessário, as suas interações com as outras estruturas no domínio da saúde².

1.1. O CONCEITO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Na Declaração de Alma-Ata, de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados de saúde primários (CSP) como *“cuidados de saúde essenciais baseados em técnicas e métodos práticos, cientificamente validados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade, com a sua plena participação e com custos que a comunidade e o país possam suportar, em cada fase do seu desenvolvimento, num espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação”*³. Segundo um relatório da região europeia da OMS⁴, de 2000, apesar das mudanças entretanto ocorridas, muitos países ainda têm que evoluir para atingir o nível de CSP definido na Declaração de Alma-Ata, enquanto outros países já o superaram. Hannu Vuori⁵ considera que os CSP devem ser *“uma estratégia para integrar todos os diferentes níveis dos serviços de saúde”* e Barbara Starfield⁶ concorda com essa estratégia.

Assim, os CSP podem ser vistos como uma *“parte integrante, permanente e central do sistema nacional de saúde, em todos os países”*⁷ ou como o *“meio pelo qual as duas metas dos sistemas de serviços de saúde – otimização dos cuidados de saúde e equidade na distribuição de recursos – se equilibram”*⁷. Os CSP fazem a promoção da saúde e de hábitos de vida saudável e a abordagem dos problemas mais comuns da comunidade, proporcionando cuidados preventivos, curativos e de reabilitação da doença, tentando maximizar a saúde e o bem-estar. Integram, também, os cuidados quando existe mais do que um problema de saúde. Além disso, possibilitam o tratamento no contexto em que as doenças se manifestam e influenciam as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. Os cuidados de saúde primários organizam e racionalizam a utilização dos recursos

básicos e especializados dirigidos à promoção, manutenção e melhoria da saúde individual e comunitária⁸.

Os elementos constitutivos dos cuidados de saúde primários (CSP) são:

1) “Um conjunto de atividades”⁹ – o que faz eco na Definição de Alma-Ata, na qual se podem identificar algumas atividades básicas a serem desenvolvidas nos CSP: a) educar para a promoção da saúde e prevenção da doença; b) promover uma alimentação e nutrição saudáveis; c) garantir condições sanitárias básicas à população; d) providenciar cuidados materno-infantis e programas de planeamento familiar; e) implementar os programas de vacinação obrigatórios; f) prevenir as doenças endémicas da população; g) prestar especial atenção às doenças mais frequentes; h) garantir o acesso aos medicamentos essenciais¹⁰.

2) “Um nível de cuidados”⁹ – significa serem os CSP o primeiro ponto de contacto das pessoas com o sistema de saúde e onde 85 a 90% dos seus problemas de saúde podem ser resolvidos¹⁰. O Relatório de Lord Dawson of Penn, em 1920¹¹, distinguiu três grandes níveis de serviços de saúde no Reino Unido: um nível primário: os centros de saúde; um nível secundário: os hospitais; e um nível terciário: os hospitais-escola. Embora esta estrutura ainda prevaleça na maioria dos países, o conteúdo e a interface entre os cuidados primários e secundários foram-se alterando¹.

3) “Uma estratégia de organização dos serviços de saúde”⁹ – os CSP fazem referência à noção de que os cuidados devem ser acessíveis a toda a população; devem responder às suas necessidades; devem funcionar de uma forma integrada, baseados na participação comunitária; devem manter uma adequada relação custo/benefício; e devem possibilitar uma colaboração intersectorial¹².

4) “Uma filosofia que deve implicar todo o sistema de saúde”⁹ – eles têm subjacente a prestação equitativa de cuidados de saúde como um direito fundamental dos cidadãos, independente de qualquer outro fator, o que, a maioria das sociedades reconhece, inscrevendo-o no quadro dos direitos positivos¹³.

Em muitos sistemas de saúde, particularmente no contexto dos países em desenvolvimento ou em transição, os CSP são definidos como o conjunto das intervenções sanitárias essenciais consagradas na Declaração de Alma-Ata³. Isto tem levado a que se olhe os CSP como programas verticais para valências de saúde seletivas¹⁴, ou então como

um pacote de serviços essenciais utilizados em parte como ferramenta de financiamento, mas também para combater as doenças, predominantemente as transmissíveis e a mortalidade materna e perinatal¹⁵. Esta abordagem por valências seletivas dos CSP foi amplamente criticada: por falta de uma base científica¹⁶, por ser uma reinvenção da tradicional orientação técnica para programas verticais¹⁷, por se basear em juízos de valor¹⁸, por ter um impacto negativo no processo de desenvolvimento da saúde¹⁹, por ser mesmo contraproducente²⁰, e pela validade do custo/benefício da tecnologia como base para justificar a abordagem por valências seletivas dos CSP²¹.

Uma alternativa aos CSP por valências seletivas são os CSP globais, que prevalecem em muitos países desenvolvidos, abrangendo um amplo leque de serviços, e englobando ações de educação para a saúde, de promoção da saúde, de prevenção da doença, de cuidados curativos, de reabilitação e de fim de vida. Alguns argumentam que os CSP globais também devem ser acessíveis e concretizáveis nos países em vias de desenvolvimento²².

Na Europa, o conjunto de atividades a serem descentralizadas para os CSP está em rápido desenvolvimento. Muitas consultas de ambulatório especializado estão a ser transferidas para os CSP, através de consultas de ligação, incentivadas pela partilha de cuidados²³. Mesmo pacientes que antes eram internados em serviços hospitalares tradicionais estão a passar para os CSP, através de cuidados prestados por equipas hospitalares no domicílio²⁴. Os médicos de família (MF) também estão a ser chamados a prestar cuidados de urgência em situações que tradicionalmente eram assistidas no hospital²⁵.

A interface entre os cuidados primários e os cuidados secundários é dinâmica e está em mudança, tal como a fronteira entre os médicos de família e os médicos hospitalares²⁶. Existe aliás uma considerável sobreposição de funções com médicos de família proporcionando cuidados especializados e especialistas hospitalares proporcionando serviços de cuidados gerais^{27,28,29}, o que complica de modo muito significativo a comparação de resultados nos diferentes países e contextos¹.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são muitas vezes equiparados ao papel de uma porta de entrada "*gate-keeping*"³⁰. No entanto, eles desempenham um papel muito mais importante, não apenas o de porta de entrada, mas o de um processo fundamental no sistema de saúde³¹. São o primeiro contacto, mas também, a linha da frente, contínua, global e coordenada de cuidados³². O primeiro contacto deve estar acessível no momento

da necessidade³². A continuidade de cuidados centra-se no longo prazo da saúde de uma pessoa e não no curto prazo do período de vigência de uma doença³². O cuidado global deve ser uma gama de serviços adequada aos problemas comuns da população e disponível ao nível dos cuidados primários³². Os cuidados primários devem ter o papel de coordenar os outros serviços especializados de que o paciente necessite^{1,32,33}.

As equipas de CSP podem ser formadas apenas por médicos de família e/ou clínicos gerais, enfermeiros comunitários e/ou de família, e pessoal de apoio¹. Ou então, formadas por grandes equipas multidisciplinares, incluindo enfermeiros especialistas, gestores, pessoal de apoio, técnicos de serviço social, psicólogos, técnicos de saúde, médicos de família e outros médicos especialistas a atuar nos cuidados primários³⁴.

O Royal College of General Practitioners do Reino Unido definiu o profissional de cuidados de saúde primários (CSP) como *“qualquer profissional da área da saúde cuja qualificação profissional em cuidados de saúde é reconhecida por um conselho legalmente aprovado pelo Parlamento, e que atende clientes/pacientes, sem qualquer referência direta a partir de outro profissional de saúde, ou que trabalha numa instituição médica e/ou de enfermagem que fornece cuidados de saúde primários com acesso livre”*³⁵. Trata-se de uma definição abrangente que permite incluir médicos (de família, de saúde pública, de geriatria, de saúde escolar, psiquiatras comunitários, e, em alguns países, médicos de medicina interna, pediatras, ginecologistas e outras especialidades), enfermeiros, técnicos de saúde, psicólogos, médicos dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, dietistas, técnicos de serviço social, auxiliares de ação médica, ajudantes familiares, pessoal administrativo e gestores².

No entanto, em muitos países europeus uma equipa nuclear de cuidados de saúde primários (CSP) é frequentemente constituída por um clínico geral/médico de família, um enfermeiro comunitário/enfermeiro de família, um técnico de serviço social, um fisioterapeuta e pessoal administrativo³⁶.

O médico de família (MF) e o enfermeiro de família (EF) são assim parte integrante dos cuidados de saúde primários, mas os conceitos não são sinónimos. Os papéis do MF e do EF indicam a amplitude dos serviços prestados e o grau de uniformidade nos serviços de cuidados de saúde primários.

Nos países industrializados, o médico de família é o único médico que opera em nove níveis de cuidados: 1) na prevenção; 2) na deteção pré-sintomática de doenças; 3)

no diagnóstico precoce; 4) no diagnóstico da doença estabelecida; 5) na gestão da doença; 6) na gestão da doença com complicações; 7) na reabilitação; 8) nos cuidados terminais; 9) aconselhamento³⁷.

Em relação à prática hospitalar, o médico de família: observa uma gama ampla de problemas de saúde; os problemas apresentam-se de uma forma indiferenciada; os problemas psicossociais desempenham um papel muito importante; as probabilidades e a apresentação das doenças são diferentes; o MF mantém uma relação mais pessoal e continuada com o paciente; os contactos no âmbito da medicina geral e familiar são mais curtos e frequentes, ao invés do que se passa no hospital, em que os contactos são em menor número e mais prolongados³⁸.

Todo o médico de família deve: a) aprender a avaliar o paciente na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural, juntamente com a avaliação da patologia de que esse paciente possa padecer; b) aprender a compreender os fenómenos da saúde e da doença integrados no contexto familiar e na modificação estrutural das famílias, enquanto geradoras de problemas; c) entender as influências do meio social envolvente e perceber as necessidades em saúde da comunidade; d) aplicar o dever ético de prestar os melhores cuidados de saúde à luz de conhecimentos atualizados técnica e cientificamente³⁹.

O enfermeiro de família (EF), cujo desenvolvimento se deu a partir da Declaração de Munique da Organização Mundial de Saúde⁴⁰, integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando as atividades de educação para a saúde, manutenção, estabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade⁴¹. A enfermagem de família define-se como uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do ciclo de vida e desenvolve-se nos diferentes locais da comunidade. Pode-se dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer².

Concluindo, os cuidados de saúde primários, no seu conceito atual, são apresentados como cuidados de saúde essenciais e acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando ações de promoção da saúde, de prevenção da doença, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida². Exigem e fomentam a

autorresponsabilização, a autonomia e a participação ativa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados de saúde, tirando o maior proveito possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades.

1.2. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O sistema de saúde português começou a desenhar-se no início do século XX, com a reforma de Ricardo Jorge, que se traduziu num conjunto de diplomas promulgados em 1899, mas só aplicados a partir de 1903. Estes diplomas reorganizaram a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspeção-Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene, como serviços centrais de coordenação, bem como os cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária. Foram ainda explicitadas as competências das diversas entidades administrativas e eclesiásticas nos assuntos da saúde. Esta reforma pode ser considerada, o embrião do “*moderno sanitarismo*” tendo sido influenciada por organismos e intervenções internacionais⁴².

A segunda reforma, com tradução normativa no Decreto-Lei (Dec-Lei) nº 35108, de 7 de novembro de 1945, decorrente do estatuto da assistência social (Lei nº 1998, de 15 de maio de 1944), cria duas Direções-Gerais, a da Saúde e a da Assistência. A primeira com funções de orientação e fiscalização quanto à técnica sanitária e de ação educativa e preventiva; a segunda com a responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios. Este diploma cria ou autonomiza institutos responsáveis por programas verticais, como o Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, Instituto Maternal, Serviço Anti-Sezonático e de Higiene Rural, Instituto de Assistência à Família, entre outros⁴³. Cria em cada distrito uma Delegação de Saúde e em cada concelho uma Sub-Delegação de Saúde. Nele, são ainda previstas diversas instituições, com autonomia técnica e administrativa, como os Hospitais Cíveis de Lisboa e os Hospitais da Universidade de Coimbra, e ainda regulamentadas as instituições de assistência particular, que ficam na dependência do Ministério do Interior⁴².

Em 1946 é publicada a Lei nº 2011, de 2 de abril, que estabelece as bases da organização hospitalar e promove a construção de hospitais com dinheiros públicos, mas depois entregues às Misericórdias. Atendendo a esta lei iniciou-se a regionalização hospitalar, segundo a qual os hospitais deveriam agregar-se em circunscrições de três níveis, o concelho, a região (distrito) e a zona (conjunto de distritos) cooperando tecnicamente entre si⁴³. Ainda em 1946, pelo Dec-Lei nº 35311, de 25 de abril, é criada a Federação das Caixas de Previdência, que centralizou os cuidados de saúde curativos até aí dispersos por vários sindicatos e que se desenvolveu em paralelo com os serviços de saúde públicos, proporcionando aos seus beneficiários um conjunto de regalias então muito superior às disponibilizadas pelo Estado⁴².

A terceira reforma inicia-se no termo da década de 60 e início da de 70 do século XX, com a legislação publicada em 1968, o Estatuto Hospitalar (Dec-Lei nº 48 357, de 27 de abril) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Dec-Lei nº 48 358, de 27 de abril), da responsabilidade do Dr. Neto de Carvalho, e em 1971, a lei orgânica do Ministério (Dec-Lei nº 413/71, de 27 de setembro) e a estruturação das carreiras profissionais dos funcionários do Ministério da Saúde e Assistência. Foram *“estabelecidas as seguintes carreiras profissionais: Carreira médica de saúde pública, carreira médica hospitalar, carreira farmacêutica, carreira da administração hospitalar, carreira de técnicos superiores de laboratório, carreira de ensino de enfermagem, carreira de enfermagem de saúde pública, carreira de enfermagem hospitalar, carreira de técnicos terapeutas, carreira de técnicos de serviço social, carreira de técnicos auxiliares de laboratório, carreira de técnicos auxiliares sanitários”* (Dec-Lei nº 414/71, de 27 de setembro), da responsabilidade de Gonçalves Ferreira, que reorganizou os serviços e baseou-se no princípio de que *“a política de saúde e assistência tem por objetivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, e, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição, que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias. Ao alargamento de funções e objetivos pretendidos não pode deixar de corresponder a renovação dos meios de ação, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e consequente instalação de carreiras profissionais, cobrindo os serviços centrais e locais, e a unidade de planeamento e direção das atividades por que se efetiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde”*⁴⁴.

De facto, até 1968, o papel do Estado reduzia-se a permitir que os serviços locais funcionassem, através da atividade de clínicos gerais e de instituições locais de saúde, na maioria ligadas a Montepios e às Misericórdias⁴⁵. O Estado era responsável pela construção e gestão dos hospitais nas grandes cidades e tinha ainda a responsabilidade da organização da saúde pública através da manutenção de uma rede de funcionários de saúde em todos os municípios do país.

Até 1974, apenas cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de proteção na doença, sendo os encargos com a saúde assumidos, parcial ou

totalmente, pela Previdência Social⁴⁶. Os restantes cidadãos (60%) suportavam os encargos com os seus cuidados de saúde.

Igualmente, no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, designadamente hospitalares, o Estado assumia um papel tímido, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às misericórdias e a outras entidades sem fins lucrativos. A atividade privada de prestação de cuidados de saúde distribuía-se fundamentalmente pelas áreas das consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apresentando uma fraca estrutura empresarial. No entanto, ainda no governo de Marcelo Caetano foi criado um Serviço Nacional de Ambulâncias e assistiu-se à estruturação jurídica dos Centros de Saúde (CS) com o Dec-Lei nº 102/71, de 24 de março, que previa *“o estabelecimento de uma rede de centros de saúde localizados nas sedes dos concelhos em articulação com os serviços médico-sociais da Previdência e instalados, de preferência, nos hospitais sub-regionais de acordo com um plano global”*, mas no meio deste período crítico de tanta implementação de medidas, era necessário coordenar, articular e integrar, pelo que este Dec-Lei acabou revogado pelo Dec-Lei nº 413/71, de 27 de setembro⁴⁷.

Contudo, a profunda alteração política determinada pela Revolução de 25 de abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no setor da saúde, iniciando-se a sua quarta reforma, que abarca o período de 1974 a 1979⁴².

No início de 1975, menos de um ano após a revolução de Abril, o IV Governo Provisório lança a campanha do “Serviço Médico à Periferia”, que obriga todos os médicos recém-formados ao exercício profissional durante um ano fora dos grandes centros urbanos. Esta campanha criou a oportunidade de melhorar a assistência médica nos Centros de Saúde periféricos e do interior do país⁴⁸.

A nova Constituição da República Portuguesa de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais, confirma, no seu artigo 64, a saúde como um direito dos cidadãos que deveria ser assegurado por um Serviço Nacional de Saúde (SNS), inspirado no modelo inglês, e que garantisse o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde⁴⁹.

Assistiu-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento da cobertura da população portuguesa na doença, quer através da assunção dos encargos com a saúde por terceiros

pagadores ou subsistemas – funcionários públicos, militares, bancários, entre outros – quer através do acesso direto e gratuito aos serviços públicos de saúde. Paralelamente, verificou-se uma melhoria significativa e sustentada dos indicadores de saúde dos portugueses. Por exemplo, a criação do serviço médico à periferia constituiu uma forma de desconcentração dos recursos da saúde e teve um impacto importante no acesso das populações rurais aos cuidados de saúde, assim como se refletiu positivamente na taxa de mortalidade infantil, a qual diminuiu de 38,9% para 19,8% entre 1975 e 1982⁴⁶. Esse serviço médico à periferia estava integrado no período de pós-graduação médica, ou seja, após o internato geral o médico só poderia prosseguir a sua carreira nas instituições públicas se fizesse um ano de exercício de medicina a nível do interior do país. Entretanto ocorreu a estatização da maior parte dos hospitais das misericórdias e a integração do seu pessoal na função pública tornando o Estado português o maior proprietário e gestor de serviços de saúde. Assim, a partir dessa altura, este aliou o papel de principal financiador dos cuidados de saúde ao de principal prestador⁴⁹.

Em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro, Lei de Bases do SNS, mais conhecida por “*Lei Arnaud*”, verificaram-se alterações significativas na estrutura e na organização dos serviços públicos de saúde. Estas alterações acabaram por nunca vir a ser concretizadas em muitos aspetos importantes, devido às oposições ao modelo definido de prestação de cuidados (a velha querela entre o público e o privado), e ainda às dificuldades objetivas de implementação, principalmente de natureza financeira⁴⁹. A direção da Ordem dos Médicos da altura fez uma forte oposição, acusando a lei de limitar o princípio da livre escolha do médico pelo doente e de transformar todos os médicos em funcionários públicos, e terá sido em 1979 que, pela primeira vez, a Ordem dos Médicos se afirmou como grupo de veto, tentando “*inviabilizar medidas que a prejudiquem mesmo que elas favoreçam interesses muito mais amplos e maioritários*”⁵⁰.

Porém, apesar de ter sido regulamentada, a Lei, “*nunca chegou a ser integralmente aplicada, nomeadamente no que diz respeito à orgânica dos serviços centrais e regionais e ainda menos no que respeita à descentralização e participação*”⁵¹ e depressa se constatou que lhe faltava uma direção autónoma. Neste sentido, “*o SNS existe na lei mas não funciona como tal. Além de não terem sido criados alguns órgãos que lhe são essenciais [...], não foi erigida a Administração Central, pelo que a direção das suas atividades [...], não estará a ser exercida pelo órgão que a lei determina*”⁵².

A quinta reforma, ou contra-reforma, inicia-se logo em janeiro de 1980 com a suspensão, pelo Governo da Aliança Democrática que vencera as eleições legislativas de dezembro de 1979, de alguns dos diplomas publicados ainda em 1979, pelo V Governo Constitucional e que preenchiam o desenho organizativo da Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos da Resolução do Conselho de Ministros nº 1/80, de 10 de janeiro. Quatro destes diplomas acabariam por ser revogados pelo Dec-Lei nº 81/80, de 19 de abril: a criação da carreira de clínico geral e a reestruturação da carreira de saúde pública; a reorganização das administrações distritais de serviços de saúde; a criação do Departamento de Cuidados de Saúde Primários da Administração Central de Saúde; e a criação dos centros comunitários de saúde e a regulamentação dos órgãos locais do SNS. No entanto, as obrigações constitucionais impuseram também limites aos projetos de alteração do SNS através de lei ordinária. Sendo esclarecedor o Acórdão nº 39/84, de 11 de abril, do Tribunal Constitucional que declara inconstitucional o artigo 17.º do Dec-Lei nº 254/82, de 29 de junho, que revogou a maior parte da Lei nº 56/76, o que se traduziu na extinção do SNS⁴²; “... não é a Lei nº 56/79, em si mesma, que não pode ser revogada – é apenas o Serviço Nacional de Saúde que, uma vez criado, não pode ser abolido. A lei pode ser revogada, desde que outra a substitua e mantenha o serviço nacional de saúde. O serviço nacional de saúde pode ser modificado; só a existência de um serviço nacional de saúde passou a ser um dado adquirido no património do direito à saúde, sendo, como tal, irreversível (a não ser mediante revisão constitucional que o permitisse) [...]. O Governo incorreu numa ação inconstitucional cujo resultado pode e deve ser impedido em sede de fiscalização da constitucionalidade. A obrigação que impunha ao Estado a constituição do serviço nacional de saúde transmuta-se em obrigação de não o extinguir.”

De 1980 a 1990, o Estado, através do Ministério da Saúde, passou a dispor de uma vasta estrutura nacional de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, hospitais gerais e especializados, institutos e centros de saúde, com milhares de funcionários de diferentes categorias profissionais, com uma administração central poderosa e administrações regionais fracas, sendo todo o sistema regulado pelas normas da administração pública⁵³.

Deste modo, começou a assistir-se a uma desvalorização dos direitos sociais e a uma perda de qualidade dos serviços de saúde, sem recursos suficientes para fazer face a uma procura sempre crescente dos cuidados de saúde. Ao mesmo tempo, as entidades privadas assumiram um papel progressivamente mais importante na produção de alguns

bens e serviços de saúde, passando o Estado, cada vez mais, a assumir um papel de mero financiador⁵⁰.

Também foi, desde 1980-1990, que se começaram a verificar as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde, criando-se as “*taxas moderadoras*” que visaram racionalizar a utilização das prestações de cuidados de saúde. O que de facto aconteceu foi que a gratuidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deixou de funcionar, transformando-se as taxas moderadoras em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde⁵⁰. Simultaneamente, o setor privado beneficiou, quer diretamente com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades privadas, quer indiretamente pelo descontentamento crescente da população com os serviços públicos, que determinou o desvio de parte da procura do setor público para o privado, iniciando desta forma o seu restabelecimento progressivo, enquanto alternativa ao SNS⁴⁹.

Em Portugal, algumas propostas que animavam na década de 80 o debate sobre a reforma do sistema de saúde defendiam um papel mais ativo do setor privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial do SNS. Que se traduziram, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de agosto, num Sistema de Saúde entendido não apenas como SNS mas também como todas as entidades públicas que desenvolvam a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde, bem como as entidades privadas e profissões liberais que acordaram com o SNS uma ou várias daquelas atividades. E, com base no atual artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, após a quarta revisão constitucional de 1997, é incumbido ao Estado articular as formas empresariais e privadas da medicina com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade, contribuindo para o estabelecimento de um sistema global com o objetivo comum de promover a saúde dos cidadãos⁵⁴.

“*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”, é esta a premissa essencial de todo o Sistema de Saúde Português, afirmada no artigo 64.º da Constituição⁵⁴. “*O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*”⁵⁴ no momento da utilização dos serviços de cuidados de saúde. Assim como “*pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da*

*velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável*⁵⁴.

O Estado também tem, constitucionalmente, de garantir o acesso aos cuidados de saúde, uma racional e eficiente cobertura do país e a socialização dos custos. É ainda dever do Estado regular as formas empresariais e privadas dos cuidados de saúde e toda a cadeia de uso de produtos de saúde¹³. O financiamento do sistema é feito essencialmente através dos impostos. O Orçamento Geral do Estado estabelece a verba que é destinada ao setor da saúde. Os trabalhadores e respetivas entidades patronais, quando pertencentes a um designado “*subsistema de saúde*”, são sujeitos a quotizações acrescidas. Quem, voluntariamente, subscrever um seguro de saúde, também terá que pagar o respetivo prémio. Os cidadãos podem, ainda, pagar diretamente cuidados de saúde, quando recorrem ao setor privado, quando pagam taxas moderadoras ou também, quando adquirem medicamentos. São as designadas “*despesas das famílias*” com a saúde².

A coordenação e regulação do sistema de saúde português está a cargo do Ministério da Saúde, contando com vários serviços centrais com funções específicas, entre os quais a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral da Saúde e recentemente, e no quadro de uma nova reforma estrutural do setor da saúde, foram criadas a Administração Central do Sistema de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde. Esta última foi criada como um organismo independente orgânica e funcionalmente em relação ao Ministério da Saúde e que pretende supervisionar todos os operadores independentemente da sua natureza jurídica^{55,56}. As decisões estratégicas, a organização do sistema, a alocação de recursos, o funcionamento efetivo e a prestação dos serviços constituem áreas sociais que se devem ordenar pelas regras do direito positivo (as leis). E, devem adequar-se aos princípios da Bioética, pelo que a regulação se tornou um instrumento essencial, não apenas para garantir a concorrência saudável entre os diversos operadores mas, essencialmente, para salvaguardar o direito inalienável de todos os cidadãos a um sistema justo, solidário e equitativo¹³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Atun R. (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2004.
- ² Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2ª edição revista e actualizada. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
- ³ WHO – World Health Organization. Primary health care. Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Health for All Series, No 1) Geneva; 1978.
- ⁴ WHO – World Health Organization. From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at midpoint. Geneva; 1988.
- ⁵ Vuori H. Primary health care in Europe - Problems and solutions. Community Medicine. 1984; 6: 221-231.
- ⁶ Starfield B. New paradigms for quality in primary care. British Journal of General Practice. 2001; 51(465): 303-309.
- ⁷ Basch PF. Textbook of international health. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1999.
- ⁸ Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- ⁹ Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1986; 36: 398-402.
- ¹⁰ Nunes R, Rego G. Prioridades na Saúde. Lisboa: McGraw-Hill; 2002.
- ¹¹ Lord Dawson of Penn. Interim report on the future provisions of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative council on medical allied services. London: HMSO; 1920.
- ¹² Starfield B. Refocusing the system. New England Journal of Medicine. 2008; 359(20): 2087-2091.
- ¹³ Nunes R. Regulação da saúde. 2ª edição. Porto: Vida Económica; 2009.
- ¹⁴ Walsh J, Warren K. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. New England Journal of Medicine. 1979; 301(18): 967-974.
- ¹⁵ World Bank. World development report 1993. Investing in health. New York: Oxford University Press; 1993.
- ¹⁶ Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. Social Science and Medicine. 1986; 22(10): 1001-1013.
- ¹⁷ Gish O. Selective primary health care: Old wine in new bottles. Social Science and Medicine. 1982; 16(10): 1049-1053.
- ¹⁸ Eddy DM. What care is essential? What services are basic? Journal of the American Medical Association. 1991; 265(6): 786-788.
- ¹⁹ Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. Social Science and Medicine. 1986; 23(6): 559-566.

-
- ²⁰ Sen K, Koivusalo M. Health care reforms in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*. 1998; 13(3): 199-215.
- ²¹ Berman PA. – Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social Science and Medicine*. 1982; 16(10): 1054-1094.
- ²² Segall M. Primary health care is viable. *International Journal of Health Planning and Management*. 1987; 2(4): 281-291.
- ²³ Orton P. Shared care. *Lancet*. 1994; 344(8934): 1413-1415.
- ²⁴ Hughes J, Gordon P. Hospitals and primary care - Breaking the boundaries. London: King's Fund Centre; 1993.
- ²⁵ Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. *British Medical Journal*. 1995; 310 (6971): 6.
- ²⁶ Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *British Journal of General Practice*. 2003; 53(494): 723-729.
- ²⁷ Calnan M, Cant S, Williams S, Killoran A. Involvement of the primary health care team in coronary heart disease prevention. *British Journal of General Practice*. 1994; 44(382): 224-228.
- ²⁸ Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM, Chan L, Schneeweiss R. The generalist role of specialty physicians: Is there a hidden system of primary care? *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279(17): 1364-1370.
- ²⁹ Moffat MA, Sheikh A, Price D, Peel A, Williams S, Cleland J, et al. Can a GP be a generalist and a specialist? Stakeholders views on a respiratory general practitioner with a special interest service in the UK. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(62): [citado em 30 de Dezembro de 2008]. Disponível em URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/62>.
- ³⁰ Gray DP. Planning primary care. 'Towards even better primary care'. Occasional Paper Royal College of General Practitioners. 1992; 57: 1-67.
- ³¹ Hasler JC. The primary health care team: History and contractual farces. *British Medical Journal*. 1992; 305: 232-234.
- ³² van Weel C. Teamwork. *Lancet*. 1994; 344(8934): 1276-1279.
- ³³ Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001; 55(7): 452-454.
- ³⁴ Veríssimo MT. Avaliação multidimensional do idoso. In: *Psicogeriatrics*. Firmino H. (editor), Coimbra: Livraria Almedina; 2006. p. 489-498.
- ³⁵ Gray DP. Feeling at home. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1978; 28(186): 6-17.
- ³⁶ Klein R. The new politics of the NHS: From creation to reinvention. 5th edition. London: Radcliffe Publishing; 2006.
- ³⁷ Starfield B. Primary care. *Journal of Ambulatory Care Management*. 1993; 16(4): 27-37.
- ³⁸ Sá AB. A Decisão em medicina geral e familiar. Lisboa: edição do autor; 2002.
- ³⁹ Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
- ⁴⁰ WHO – World Health Organization. Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
- ⁴¹ Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 75-82.
- ⁴² Simões J. Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina; 2004.
- ⁴³ Campos AC. Saúde o custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.

-
- ⁴⁴ Ferreira FAG. Moderna saúde pública. 4ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1978.
- ⁴⁵ Santos AL. A relação médico-doente-instituições-estado. *Acção Médica*. 1999; 63(4): 213-222.
- ⁴⁶ Santana P. Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde: Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde. Coimbra: Comissão de Coordenação da Região Centro; 1995.
- ⁴⁷ Lopes OG. Planeamento em saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987; 23: 99-114.
- ⁴⁸ Mendo P. A carreira médica de clínica geral. In: Alves MV, Ramos V. (editor). *Medicina geral e familiar: da vontade*. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 51-67.
- ⁴⁹ Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. *Acção Médica*. 2008; 72(2): 95-106.
- ⁵⁰ Santos BS. O estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987; 23: 13-74.
- ⁵¹ Campos AC. Confissões políticas da saúde - Auto de breve governação. Lisboa: Oficina do Livro; 2002.
- ⁵² Ferreira C. Assistência social portuguesa. Apontamentos sobre a sua história, seus princípios e sua organização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1986; 4(1/2): 39-50.
- ⁵³ Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G. – *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
- ⁵⁴ Miranda J, Silva JP. *Constituição da República Portuguesa*. 2ª edição revista. Cascais: Principia; 2000.
- ⁵⁵ Nunes R, Melo H. A nova carta dos direitos do utente dos serviços de saúde. In: Nunes R, Brandão C. (editor). *Humanização da saúde*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2007. p. 15-59.
- ⁵⁶ Nunes R, Rego G, Brandão C. Healthcare regulation as a tool for public accountability. *Medicine, Healthcare and Philosophy*. 2009; 12: 257-264.

2. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, pela Lei nº 56/1979 de 15 de setembro. Este era constituído por um conjunto de órgãos e serviços que tinham como objetivo a prestação de cuidados globais e generalizados a toda a população, visando a *“promoção e vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação médica e social”*¹. Com este objetivo privilegiava os cuidados de saúde primários (CSP), reorganizava a rede hospitalar, aumentava-a em número de camas, apetrechava-a com tecnologias mais sofisticadas, reestruturava as carreiras médicas e de enfermagem, desenvolvia o controlo sobre a medicina privada e os produtos farmacêuticos. No entanto, a nível central manteve-se uma estrutura vertical e paralela para os CSP e para os hospitais².

A revisão da Constituição de 1989 torna a saúde *“tendencialmente gratuita”*³. Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde que refere que esta passa a ser da responsabilidade não só do Estado mas também de cada indivíduo, assim como das iniciativas sociais e privadas. Esta norma permitiu o aumento de contratos do SNS com o setor privado, a introdução da medicina privada dentro dos hospitais públicos, o início da primeira experiência de concessão da gestão de um hospital público a uma entidade privada e benefícios fiscais à realização de seguros de saúde. Em 1990 são também introduzidas as taxas moderadoras³.

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Dec-Lei nº 11/1993, de 15 de janeiro, veio estabelecer o conceito de unidades integradas de cuidados de saúde, formadas pelos hospitais e centros de saúde de determinada área geográfica, atribuindo às Administrações Regionais de Saúde a coordenação do trabalho entre hospitais e centros de saúde³.

Pelo Dec-Lei nº 207/1999, de 9 de junho, foi criada, pelo Serviço Nacional de Saúde, a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, com a finalidade de melhoria da prestação de cuidados de saúde. Esta assenta, segundo a legislação, na criação de condições que possibilitem a melhor gestão das suas instituições e a melhor articulação dessas instituições entre si e com outras instituições na mesma área geográfica. Tratou-se da primeira experiência, em Portugal, de integração numa única entidade pública do Serviço Nacional de Saúde, para a área geográfica daquele município, dos serviços prestadores de cuidados de saúde à população, quer os cuidados de saúde primários (CSP) quer os hospitalares.

A ULS de Matosinhos (ULSM) passou a integrar o Hospital de Matosinhos e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, S. Mamede de Infesta e Leça da Palmeira. A missão da ULSM consiste em identificar as necessidades de saúde das populações abrangidas e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com eficiência técnica e social. Em 2001/2002, por encomenda do Ministério da Saúde ao Instituto Nacional de Administração (INA)⁴, a experiência da ULSM foi avaliada, por uma equipa coordenada pelo Professor Jorge Simões, com resultados positivos.

A característica intrínseca do modelo de ULS é a integração da prestação dos cuidados de saúde, com a finalidade de ser potenciadora de impactos positivos no acesso dos utentes residentes na sua área de influência, em comparação com os demais utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ou seja, o objetivo de criação das ULS foi melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos utentes abrangidos por este novo sistema de gestão.

Efetivamente, na génese das ULS esteve o objetivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos CSP com os Hospitais e, eventualmente, com outras entidades, designadamente, as unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados.

O modelo foi alargado em 2007, com a criação da ULS do Norte Alentejano; no ano seguinte, foram criadas as ULS do Alto Minho, do Baixo Alentejo e da Guarda; em 2009, foi criada a ULS de Castelo Branco.

2.1. OS HOSPITAIS

Os serviços prestadores de cuidados hospitalares são constituídos, segundo Diogo Gomes¹, pelos centros hospitalares gerais e especializados e ainda por outras instituições especializadas. Compreendem o internamento hospitalar e os atos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, as consultas externas de especialidade e os cuidados de urgência na doença e no acidente⁵.

Até aos anos 70 do século passado a prestação da assistência hospitalar à população era feita por unidades regionalizadas e hierarquizadas em redes de referência, que desenvolviam a sua ação em regiões previamente definidas e que correspondiam à

divisão administrativa do país, de acordo com a Lei da Organização Hospitalar nº 2011, de 2 de abril de 1946. A Direção-Geral dos Hospitais viria a ser criada em 1961 pelo Dec-Lei nº 43853, de 10 de agosto, com o objetivo, referido por Octávio Lopes⁶, de coordenar e fiscalizar os estabelecimentos perante a exigência de uma orientação técnica especializada e centralizada a nível superior.

Nos primeiros anos dessa década verificou-se o relançamento dos hospitais, após a publicação a 27 de abril de 1968 do Estatuto Hospitalar, Dec-Lei nº 48357, e do Regulamento Geral dos Hospitais, Dec-Lei nº 48358, que pretenderam uniformizar a orgânica e o funcionamento de todos os hospitais do país, essencialmente estatais e das Misericórdias, e criar carreiras para pessoal médico, de enfermagem, de administração e de farmácia⁷.

Após a Revolução de 25 de abril de 1974 verificou-se a nacionalização dos hospitais distritais e concelhios que, até aí, pertenciam às misericórdias, feita pelo Dec-Lei nº 704/1974, de 7 de dezembro. O Dec-Lei nº 129/1977, de 2 de abril, aprovou a Lei Orgânica Hospitalar, com aplicação aos hospitais centrais, gerais e especializados e aos hospitais distritais, caracterizando-os como pessoas coletivas de direito público, dotados de autonomia administrativa e financeira¹. Em 1988 é publicada nova legislação hospitalar, Dec-Lei nº 19/1988, de 21 de janeiro – Lei da Gestão Hospitalar, e Decreto Regulamentar nº 3/1988, de 22 de janeiro, que introduz alterações nos órgãos e funcionamento hospitalar, o reforço das competências dos órgãos de gestão levou ao abandono das direções de tipo colegial, que haviam sido introduzidas em 1974, passando os titulares dos órgãos de gestão a ser designados pela tutela política³. Foram introduzidos métodos de gestão empresarial e reforçados e multiplicados os controles de natureza tutelar por parte do Ministério da Saúde.

A procura e utilização dos serviços intensificou-se nas décadas seguintes com a abertura de novos hospitais centrais e distritais, até que, nos nossos dias, a política de redução do ritmo de crescimento da despesa na saúde, imposta pela conjuntura económica com a consequente redução de verbas, refletiu-se no incremento da hospitalização privada e na denominada “*empresarialização*” dos hospitais públicos. A nova legislação sobre o regime jurídico da gestão hospitalar, Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, estabeleceu que “*os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas: a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b)*

Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos". Os hospitais empresa foram então criados pelos Dec-Lei nºs 272-292/2002, de 9 e 10 de dezembro. Foi também criada a Rede de Cuidados Continuados pelo Dec-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro e ainda a Entidade Reguladora da Saúde pelo Dec-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro, entretanto substituído pelo Dec-Lei nº 127/2009 de 27 de maio. A necessidade de contenção da despesa pública no setor da saúde originou a emergência, ao longo da última década, de novos modelos de gestão hospitalar que se caracterizam, no essencial, pela adoção das regras da gestão empresarial no setor público administrativo, sendo porém fundamental determinar qual o modelo que melhor serve os interesses das populações⁸. A título de exemplo, recorreu-se à metodologia DEA (*Data Envelopment Analysis*) – metodologia de *benchmarking* que permite comparar e confrontar os hospitais entre si e identificar as unidades hospitalares mais eficientes⁹. Os resultados deste estudo confirmam, segundo a autora, que *"a empresarialização produziu efeitos positivos no desempenho hospitalar e que os hospitais Sociedade Anónima (SA), concretamente o seu modelo de gestão, permitiu a estas unidades hospitalares melhorarem a sua performance e crescer em matéria de produtividade comparativamente aos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA)"*^{9,10}. Contudo, e apesar do nível de desempenho dos hospitais SA ser claramente superior ao modelo tradicional (SPA), estes hospitais foram transformados em 2005 em Entidades Públicas Empresariais.

No entanto, verifica-se que o sistema hospitalar que emerge está ainda muito ligado a uma estrutura de tecnologia e de administração pesadas e pouco eficazes. O seu desempenho, como estruturas de prestação de cuidados, deve ser submetido *"não só às regras da análise económica, mas também à avaliação da qualidade dos procedimentos clínicos, do diagnóstico aos tratamentos, com base em critérios de custo/eficácia, apoiados nas regras gerais da boa prática clínica"*¹¹. Todo este complexo sistema hospitalar deve estar predominantemente organizado e subordinado aos serviços a prestar às pessoas doentes ou às pessoas ameaçadas pela doença que constituem, naturalmente, o sujeito de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde⁵.

2.2. OS CENTROS DE SAÚDE

Em Portugal, como em outras partes do mundo, os cuidados de saúde primários (CSP) estão indelevelmente associados aos centros de saúde (CS). O CS pode considerar-se o modelo da “*unidade de cuidados de saúde primários*” com a sua comprovada capacidade de providenciar cuidados globais de saúde de um modo custo efetivo, junto das comunidades, num espírito de parceria com elas¹².

Historicamente aquilo que ficou conhecido como o “*movimento dos centros de saúde*” vem do final do século XVIII, com o surgimento dos dispensários gratuitos e clínicas preventivas que tinham um âmbito comunitário e providenciavam cuidados às populações mais desfavorecidas e aos imigrantes. Nos Estados Unidos da América (EUA), incluíam também centros de distribuição de leite para crianças mal nutridas e centros de tratamento da tuberculose e doenças venéreas¹³. Também surgiram na Escócia (1887) centros de tratamento da tuberculose e em França a Clínica de Pierre Budin (1892) para proteção das crianças¹⁴. Contudo, é nos EUA, em 1893, que há referência ao primeiro dispensário público de cuidados de saúde globais, em Chicago¹³.

O conceito de CS foi evoluindo e, nos EUA, na década de 1911-1920 significava uma instituição de serviço público com a missão de cuidados preventivos e de promoção da saúde, complementando os cuidados curativos dos médicos privados, embora alguns destes centros de saúde prestassem também cuidados curativos¹³. Este “*movimento dos centros de saúde*” foi perdendo força a partir de 1930, mas reapareceu como um modelo mais global 30 anos depois³. Este novo movimento teve as suas raízes no simples “*bom senso*”³. É de bom senso oferecer serviços de saúde no local onde as pessoas vivem e de acordo com o modo como elas vivem. Quatro ideias dominaram este movimento: localização por distritos; participação da comunidade; organização estruturada com objetivos de eficiência e coordenação; e cuidados preventivos³.

Os CS estiveram sempre, de uma maneira geral, associados ao apoio às famílias, reconhecendo-se vantagens numa inscrição familiar num mesmo profissional de saúde, que teria a seu cargo toda a família e todas as fases do ciclo familiar. Mas esta inscrição familiar foi variável consoante os enquadramentos dos diferentes países. Contudo, em Portugal foi sempre estimulada a inscrição familiar³.

Uma implicação do “*movimento dos centros de saúde*”³ registou-se a nível das profissões de saúde e do modo como se relacionam entre si. O aspeto mais marcante foi

o trabalho em equipa multidisciplinar e a atuação segundo “*o que pode ser feito pela unidade menor de forma satisfatória não deve ser feito pela unidade maior*”³, quando se pretendia ter uma ação o mais abrangente possível. Pelo que, se tornou impossível que uma única profissão lidasse com toda a gama de questões que tinham que ser abordadas. Algumas profissões tiveram um grande desenvolvimento, como foi o caso dos enfermeiros de saúde pública, verificando-se até o surgimento de outras, que nunca tiveram o desejável desenvolvimento em Portugal, como os “*ajudantes comunitários ou familiares*”³ com a função de aumentarem e melhorarem a comunicação entre o centro de saúde e a comunidade.

O “*movimento dos centros de saúde*”³ introduziu alterações no próprio conceito de cuidados de saúde primários (CSP) ao acrescentar e consolidar a dimensão comunitária na abordagem que estes cuidados fazem aos problemas de saúde. Esta dimensão encontra-se mais ou menos consolidada nos vários sistemas de saúde.

A política de dar prioridade aos CSP surge pela primeira vez em Portugal, no início dos anos 70 do século XX, integrada na política do “*estado social*”¹⁵. Generalizou-se então o atendimento gratuito a toda a população após o alargamento, em 1971, à população rural dos serviços médico-sociais da Previdência Social e o reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco, as grávidas e as crianças⁵.

O Dec-Lei nº 413/71, de 27 de setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, foi um marco histórico por ter lançado a reforma que estabeleceu os fundamentos de um serviço nacional de saúde e pela criação dos, atualmente designados, centros de saúde (CS) de “*primeira geração*”¹⁶.

Na prática, manteve-se a separação dos CS – com atividades de saúde materno-infantil, incluindo vacinação, mais tarde alargados ao planeamento familiar, saneamento do ambiente e cuidados médicos de base¹⁷. Estes últimos limitam-se aos exames médicos, exigidos por Lei, para admissão na função pública, para os manipuladores de alimentos, para a obtenção de carta de condução – e os postos dos serviços médico-sociais das caixas de previdência.

Em 1975, a criação do serviço médico à periferia, pelo Despacho de 19 de março, obrigou os médicos recém-licenciados a trabalharem fora dos grandes centros urbanos, criando a oportunidade de melhorar a assistência médica nos centros de saúde da periferia¹⁸.

Na sequência destas medidas, o Decreto Regulamentar nº 12/77, de 7 de fevereiro (Suplemento), criou as regras de funcionamento dos serviços médico-sociais da previdência, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Mais tarde, pelo Dec.Lei nº 254/82, de 29 de junho, foram criadas as administrações regionais de saúde, de âmbito distrital, com a incumbência de executar a política de saúde, registar dados e fazer análise epidemiológica, fazer inspeções e controlar o exercício profissional, planear e avaliar a prestação de serviços e atividades de saúde, formar e investigar no campo da saúde e celebrar convénios de âmbito distrital com entidades não integradas no SNS¹. Esta legislação foi entretanto revogada tendo sido criadas, pelo Estatuto do SNS, as novas administrações regionais de saúde, com um âmbito regional, mais alargado e regulamentadas pelo Dec.Lei nº 335/93, de 29 de setembro, sendo cinco as atuais regiões de saúde do continente português: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve.

Os centros de saúde (CS) de “segunda geração” ou integrados, foram estruturados segundo o Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de abril – Regulamento dos centros de saúde¹⁶. Definia o CS como “*unidade integrada, polivalente e dinâmica prestadora de cuidados primários, que visava a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade*”.

Assim, em 1983 foram criados os chamados “centros de saúde integrados”¹⁶, resultantes da simples mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares pré-existentes (centros de saúde, postos dos serviços médico-sociais e hospitais concelhios). Esta segunda geração de CS herdou das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humano, assim como duas culturas organizacionais distintas. O único elemento novo introduzido neste modelo foi a carreira médica de clínica geral¹⁶.

A nível central, este processo de fusão de duas linhas de serviços conduziu à criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários¹. A variação de atitudes e práticas organizacionais nos diversos centros, evidenciada na descrição de experiências e em questionários diversos, refletia as influências, de peso variável, das instituições pré-existentes e da fragilidade da gestão, apoio e acompanhamento deste processo de mudança¹⁹. Na prática, de um modo geral, este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos, mas não conseguiu melhorar com consistência algumas das virtudes dos componentes anteriores, nomeadamente: a) A grande acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias

oferecida pelos serviços médico-sociais; b) A programação com objetivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam as atividades dos centros de saúde, com sucessos objetivados em diversas áreas, nomeadamente na área materno-infantil²⁰. O modelo organizativo dos centros de saúde de “segunda geração” permitiu a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades²¹. “A prazo, este modelo organizativo, somado ao normativismo e tutela centralista distante das sub-regiões e administrações regionais de saúde, contribuiu para a insatisfação, exaustão e desmotivação de muitos dos seus profissionais de saúde”¹⁶.

O debate sobre a reorganização e reorientação dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal tem acompanhado a evolução destas duas gerações de centros de saúde (CS). As críticas, sugestões de mudança e propostas alternativas ao modelo organizativo e gestionário dos “centros de saúde integrados” datam do próprio ano da sua criação, isto é 1983, e têm evoluído desde então com base na experiência vivida e no estudo de experiências equivalentes noutros países¹⁶.

Entre 1989-1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral conduziu uma série de debates e consultas aos associados, nos quais o autor desta tese participou, que deram origem a um conjunto de ideias e de propostas, reunidas pela direção nacional, no então designado “*Livro Azul*”, que compilou as principais tendências nacionais e internacionais para o desenvolvimento dos CSP em Portugal²². O “*Livro Azul*” destaca como aspetos essenciais que deveriam ser melhorados: o perfil profissional, o regime de trabalho, o sistema retributivo e as condições de atendimento²³.

Em 1996, foram iniciados projetos e iniciativas experimentais de inovação organizativa, visando explorar outros caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos. O “*Projeto Alfa*” foi um exemplo, que surgiu na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para desconcentrar o esquema do SNS e estimular as ideias e iniciativas dos profissionais para que aproveitassem melhor a capacidade e meios instalados nos CS. Em março de 1996, a equipa dirigente da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo lançou o desafio aos médicos de família do SNS e aos outros profissionais dos CS no sentido de “se assumirem, em pequenos grupos, como os principais responsáveis pela organização e prestação de cuidados de saúde primários no âmbito do SNS, garantindo mais satisfação a todas as partes envolvidas”²⁴. Foi dada “autorização” à

criatividade, à ousadia e à tenacidade de pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa multiprofissional²⁵. O edifício hierárquico e burocrático do SNS resistiu a esta primeira incursão, mas não conseguiu impedir que 15 grupos tivessem iniciado as suas experiências. Ainda hoje se mantem em atividade a maioria destes grupos. Os projetos foram amplamente avaliados, quer internamente, quer por entidades externas, e foram tema para trabalhos e dissertações académicas^{3,16,24}.

A avaliação do “*Projeto Alfa*” apontou para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas, isto é, que permitissem recompensar os que mais e melhor trabalham. Este facto forneceu argumentação técnica e política para ensaiar novas formas remuneratórias nos centros de saúde. O “*regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral*” foi aprovado pelo Dec-Lei nº 117/1998, de 5 de maio, consagrando, em diploma legal, alterações na organização do trabalho semelhantes às do “*Projeto Alfa*”, introduzindo uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e qualidade de desempenho profissional e rompendo com o modelo salarial tradicional da função pública.

Paralelamente, foi lançado o debate sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde para os centros de saúde (CS), combinada com a reorganização interna dos CS, associando a autonomia à responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objetivos comuns¹⁶.

Em 1997 e 1999, foram criadas as agências de acompanhamento e de contratualização, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde, uma por cada região de saúde (agências de acompanhamento dos serviços de saúde, Decreto Normativo nº 46/1997, de 8 de agosto; agências de contratualização dos serviços de saúde, Despacho Normativo nº 61/1999, de 12 de novembro). No ano de 1998 iniciaram-se as discussões dos contratos-programa dos hospitais e no ano seguinte começou o mesmo processo para os centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo³.

Em 1999, foi aprovada pelo governo socialista a legislação sobre os CS de “*terceira geração*” (Dec-Lei nº 157/1999, de 10 de maio) com autonomia e hierarquia técnica que organizava a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares¹⁶. No entanto, esta legislação não chegou a ser implementada e veio mesmo a ser alterada, pelo governo social-democrata seguinte, através do Dec-Lei nº

39/2002, de 26 de fevereiro que, por sua vez, através do Dec-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, criou a “*Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários*”. Esta Rede também não chegou a ser implementada e, quando se voltou a formar um governo socialista, foi revogada pelo Dec-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, que ripristinou o Dec-Lei nº 157/99. Assim, por força do Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os CS regulados pelo Dec-Lei nº 157/99, de 10 de maio, alterado pelo Dec-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, e ripristinado pelo Dec-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, deixaram de estar sujeitos a esse diploma a partir de 1 de março de 2009, momento em que foram integrados nos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), através da Portaria nº 274/2009, de 18 de março.

As unidades de saúde familiar (USF), previstas no Dec-Lei nº 157/99, de 10 de maio, e criadas pelo Dec-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, visam a modernização organizativa e técnico-científica dos cuidados de saúde primários (CSP) nas instituições públicas do SNS. As USF quebram “*a prática a ‘solo’, que é psicologicamente perigosa para o médico de família e pode ser perigosa para os pacientes*”²⁶. As USF enquanto modalidade de organização do trabalho em CSP estão em consonância com as tendências internacionais de redução acelerada da “*solo practice*” (prática profissional individual), substituindo-a pelas “*group practices*”^{16,27}.

A prática médica isolada tem, cada vez mais, inconvenientes e perigos sérios. A vivência científica e uma razoável atualização de conhecimentos requerem uma cultura de grupo, com discussão regular das situações dos pacientes, com a análise inter-pares de práticas e procedimentos¹⁶.

As unidades de cuidados na comunidade (UCC), criadas pelo Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, e regulamentadas pelo Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, são, talvez, a novidade mais visível da reorganização dos cuidados de saúde primários (CSP). Enquanto as USF visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, as UCC são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos CSP junto das populações.

Um dos problemas da “*segunda geração*” de centros de saúde (CS) foi a tendência para se virarem sobre si próprios, encerrando-se nas suas paredes. Esta tendência teve causas diversas, a começar pela própria estrutura organizativa, com uma lógica de segmentação profissional. É verdade que sempre houve CS com projetos e intervenção

sistemática na comunidade. Mas, infelizmente, não constituíram a regra e fizeram-no à custa de muito voluntarismo e carolice de um número restrito de profissionais¹⁶.

A reorganização estrutural prevista no Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos CSP, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. As unidades operativas propostas podem facilitar, consolidar e generalizar as boas experiências e as melhores práticas que já acontecem no terreno, apesar dos obstáculos e das dificuldades estruturais e financeiras. Estão também na linha das tendências verificáveis nos cuidados de saúde primários dos países desenvolvidos¹⁶.

Exemplo disso são as USF e as UCC que combinam duas abordagens complementares: uma privilegia a liberdade de escolha do médico, mas pode levar a grande dispersão geográfica; a outra intervém de forma sistemática e continuada por pequenas áreas geográficas. As UCC são, assim, como que os “*braços*” pró-ativos do CS junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no agrupamento de centros de saúde (ACeS) e no sistema de saúde¹⁶.

As unidades de saúde pública (USP) permitem cumprir a vocação populacional e de preocupação com a saúde coletiva. São o elo de ligação e de entrosamento dos ACeS com a restante rede infra-estrutural da saúde pública, que está a ser estruturada por círculos de âmbito local, regional, nacional e internacional¹⁶.

As restantes unidades funcionais previstas no Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, visam completar a funcionalidade e capacidade de resposta dos ACeS em relação às necessidades da população. Todas as unidades são multiprofissionais, onde predomina ou os conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar (MGF), caso das USF e das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); ou os conhecimentos e práticas de enfermagem comunitária e de família, caso das UCC; ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que está em causa é servir os cidadãos e a comunidade e não afirmar protagonismos de grupos profissionais¹⁶.

Um dos desafios à imaginação, criatividade e capacidade de organização dos profissionais é o de encontrarem modalidades de entrosamento e cooperação entre as

várias unidades funcionais. Por exemplo: como articular eficazmente o trabalho das USF e das UCSP com o das UCC?

É absurdo pretender que alguém escreva normas sobre o que deve acontecer em realidades que variam de local para local e no mesmo local, consoante o momento e os recursos disponíveis. A lógica dos serviços estanques tem de dar lugar a modalidades de trabalho orientadas para as necessidades dos cidadãos e para servir a população. Esta é uma área para intenso estudo, debate, experimentação, avaliação e divulgação de ideias, experiências e resultados obtidos no terreno. Tudo isto pressupõe um processo de mudança progressiva e coerente, com informação, debate e envolvimento alargados e rigorosos dos profissionais¹⁶.

Desde a promoção da saúde até à emergência médica, passando pelos aspetos relacionados com a prevenção da doença, a abordagem da doença crónica e os cuidados na doença aguda não emergente, a saúde é uma responsabilidade partilhada por diversos atores sociais, a maioria dos quais exteriores ao chamado setor da saúde¹⁶.

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) pressupõe uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos. Há profissionais que se adaptam e trabalham bem como trabalhadores dependentes. Porém há outros que se realizam e produzem melhor como empreendedores. O sistema de saúde português, que é universal, deve poder contar com o melhor de todos os setores. Pelo que a possibilidade que o modelo C das USF oferece (Despacho nº 24101/2007, de 22 de outubro), modelo experimental, a regular por diploma próprio, e que abrange os setores social, cooperativo e privado, articulados com o ACeS, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a respetiva ARS, através do departamento de contratualização, e sujeito a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos, pode ampliar a possibilidade de escolha dos cidadãos, introduzir um elemento concorrencial regulado entre os prestadores do SNS e complementar a capacidade de oferta dos serviços com propriedade pública.

Considera-se ter chegado o momento “*de reunir esforços e lançar a terceira vaga dos cuidados de saúde primários: aquela na qual os médicos de família arriscam ser profissionais independentes, estabelecendo com o Estado um contrato de prestação de serviços, enquadrado concetualmente pela medicina geral e familiar*”²⁸.

A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e ação. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes. Está em causa a criação de um dispositivo de gestão com autonomia e responsabilização, cujo cenário de aplicação e desenvolvimento se caracteriza por:

a) Uma estrutura descentralizada, baseada numa rede de equipas multiprofissionais, na linha da frente, instituindo estas equipas como princípio estrutural permanente dos agrupamentos de centros de saúde e não como modalidade *ad hoc*¹⁶;

b) Uma hierarquia técnica, cuja missão essencial é a de harmonizar a intervenção das diversas equipas e desenvolver dinâmicas de melhoria contínua da qualidade¹⁶;

c) Uma equipa de gestão, de apoio ao trabalho das equipas e de coordenação e coesão institucional¹⁶.

Este cenário está claramente em contracorrente em relação à cultura burocrática centralista de comando e controlo enraizada desde há muitos anos. É um desafio que requer uma intensa e persistente dinâmica de formação, experimentação, avaliações continuadas e ajustes no terreno. Além disso, a experiência já demonstrou que a mudança organizacional nos cuidados de saúde primários não pode ser implementada por via normativa “clássica”¹⁶.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Gomes DS, Dias JL. O Serviço Nacional de Saúde. Descrição Sumária do seu Desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1987.

² Ferreira C. Administração da saúde em Portugal. Apontamentos para análise. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 1986; 4(1/2): 135-158.

³ Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2ª edição revista e actualizada. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.

⁴ INA. Projecto de avaliação de unidades de saúde (PAUS). Instituto Nacional de Administração. 2002. (não publicado).

⁵ Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. Acção Médica. 2008; 72(2): 95-106.

⁶ Lopes OG. Planeamento em saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais. 1987; 23: 99-114.

⁷ Campos AC. Saúde o custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.

-
- ⁸ Rego G, Nunes R. Modelos de gestão hospitalar. In: Novos desafios na gestão: Inovação ou renovação. Volume V. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2002.
- ⁹ Rego G, Nunes R, Costa, JS. The challenge of corporatisation. The experience of Portuguese public hospitals. *The European Journal of Health Economics*. 2010; 11(4): 367-381.
- ¹⁰ Rego G. Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde. Porto: Vida Económica; 2008.
- ¹¹ Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G. – Prioridades na Saúde. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
- ¹² Zurro AM, Pérez JFC. Cuidados de saúde primários. In: Zurro AM, Pérez JFC. (editor). Manual de cuidados primários. Organização e protocolos de actuação na consulta. Lisboa: Farmapress edições; 1991. p. 3-11.
- ¹³ Rosen G. Public health: Then and now. The first neighborhood health center movement – Its rise and fall. *American Journal of Public Health*. 1971; 61(8): 1620-1637.
- ¹⁴ Ferrinho P, Wilson TD. Alexandra health centre and university clinic - a model for urban primary health care. *South African Medical Journal*. 1991; 80: 368-369.
- ¹⁵ Campos AC. Cuidados primários e economia da saúde: Uma aliança de mútuo interesse. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1983; 2: 21-30.
- ¹⁶ Branco A, Ramos V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 5-12.
- ¹⁷ Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; volume temático 2: 63-74.
- ¹⁸ Remoaldo P. Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI. *Cuadernos Geográficos*. 2005; 36: 553-561.
- ¹⁹ Sakellarides CT. Centros de saúde integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1984; 1(1): 12-15.
- ²⁰ Sakellarides CT, Oliveira LL, Albuquerque MJB, Costa IMA, Rêgo MGS. O serviço de cuidados de saúde primários - centro de saúde: Princípios gerais e reflexões sobre uma experiência. (Cadernos de Saúde; 1). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1979.
- ²¹ Ramos V. O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de saúde? Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar (Lisboa). *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. 1994-1995; 20-21: 5-14.
- ²² APMCG – Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991.
- ²³ Nogueira R. Lições recolhidas com o regime remuneratório experimental. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 174-183.
- ²⁴ Pereira ML. Processos de mudança e dinâmica de equipa em medicina familiar: a experiência Fernão Ferro Mais. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 163-173.
- ²⁵ Alves RM, Maria VJ, Miranda JA, Portugal R, Rebelo L. Unidade de medicina geral e familiar Omega: medicina centrada na pessoa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Portugal. 2000; 16(5): 394-404.
- ²⁶ Ramos V. Unidades de saúde familiar - Continuidade de um processo! *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(2): 3-4
- ²⁷ Ramos V. Medicina geral e familiar: 10x3 ideias-chave. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da vontade. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 71-121.
- ²⁸ Sá, AB. A terceira vaga (extractos da conferência de abertura das IV Jornadas do Centro de Saúde de Sete Rios). *Médico de Família*. 2003; III Série(55) 15 de Dezembro: 16-17.

3. OS PROFISSIONAIS NUCLEARES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O núcleo básico da equipa de cuidados de saúde primários é constituído pelos profissionais imprescindíveis para o desenvolvimento das funções essenciais nos domínios da promoção da saúde, prevenção e cuidados assistenciais, e sem os quais é impossível falar de uma verdadeira equipa de saúde. Sem dúvida que os médicos e os enfermeiros de família constituem esses elementos básicos, associados aos técnicos de serviço social¹.

3.1. O MÉDICO DE FAMÍLIA

Em 1978, o segundo governo constitucional da República Portuguesa decidiu universalizar o acesso à saúde a todos os portugueses, fossem ou não trabalhadores por conta de outrem e beneficiários da segurança social. Qualquer cidadão português passava assim a poder ser assistido de forma universal e gratuita nos postos dos então chamados serviços médico-sociais da previdência².

É neste contexto que surge pela primeira vez em Portugal a necessidade de um novo tipo de médico que, à semelhança do que já acontecia noutros países, tal como os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, Canadá, Holanda, Dinamarca e Noruega, assumisse os cuidados aos cidadãos numa perspetiva personalizada³. Foram vários os que nessa época defenderam a estruturação de uma nova carreira médica com a definição de um novo perfil profissional. Em 1979, tiveram lugar ações de consultadoria e seminários, com a participação de clínicos gerais do *Royal College of General Practitioners* do Reino Unido, do Instituto de Clínica Geral da Universidade de Oslo e de instituições congéneres holandesas. Um desses seminários teve lugar em Lisboa, na Escola Nacional de Saúde Pública, de 16 a 20 de abril de 1979, sobre “*O papel do clínico geral em cuidados de saúde primários*”⁴. O relatório final seria designado por “*Relatório Horder*”^{5,6} e constituiu um marco no lançamento da clínica geral em Portugal.

Nele eram sugeridos os seguintes princípios^{5,6}:

1. Os cuidados de saúde em Portugal deviam estar ao alcance de todos, ser capazes de responder às necessidades da população, conciliar prevenção com tratamento e cura, ser assegurados por uma equipa que incluísse sempre médicos de clínica geral e enfermeiros de saúde pública. Conforme o tamanho

da comunidade, a equipa podia integrar um médico de saúde pública e, às vezes, um pediatra^{5,6}.

2. Os médicos de clínica geral deviam ser formados para oferecerem um tratamento mais amplo e não apenas restrito a um sistema orgânico, uma técnica ou grupo etário; devem ser acessíveis como primeiro contacto, se necessário no domicílio do doente e garantindo continuidade de cuidados^{5,6}.
3. Estes médicos deveriam assumir responsabilidade por uma comunidade definida e a sua formação deveria incluir medicina preventiva e saúde ambiental. Deveriam ser pagos por salário. Para atrair os melhores estudantes de medicina, era fundamental que a remuneração não fosse inferior à dos especialistas hospitalares^{5,6}.

Ainda em 1979, o Ministério dos Assuntos Sociais publica o documento “*A Carreira Médica nos Serviços Públicos de Saúde: 1. O médico de clínica geral. 2. O médico de saúde pública*” e o Dec-Lei nº 519-N1/1979, de 29 de dezembro, que cria a clínica geral como ramo da carreira médica. Neste diploma, era definido o respetivo perfil profissional e atribuições⁷. Mas, veio a ser revogado pelo Dec-Lei nº 81/1980, de 19 de abril, e foi a Portaria nº 444-A/80, de 28 de julho, que instituiu e regulamentou “*uma nova modalidade do exercício da medicina — carreira de generalista — consagrada ao exercício das funções da clínica geral*” e, em 1981, tem início o internato da especialidade de generalista (Portaria nº 357/1980, de 28 de junho).

Em 1982, é publicado o decreto-lei que regulamenta as carreiras médicas (Dec-Lei nº 310/82, de 3 de agosto), no qual o perfil profissional do médico de clínica geral é definido de uma forma que se aproxima muito do que defendiam alguns médicos, organizados no embrião do que viria a ser a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), nascida em 1983⁸. O referido decreto prevê a criação de Institutos que “*proponham programas e desenvolvam sistematicamente ações de formação e atualização*” quer para os internos, quer para os médicos que pretendam seguir a nova carreira, sendo então criados três Institutos de Clínica Geral, um em cada zona do país: norte, centro e sul^{7,9}.

Nos novos centros de saúde (CS), nascidos da integração dos antigos postos dos serviços médico-sociais nos CS, criados em 1971, são colocados num curto espaço de tempo vários milhares de clínicos gerais. A maioria inicia as suas funções sem ter tido

qualquer processo de formação de acordo com o perfil definido no Dec-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto. Houve, contudo, um grupo de médicos que iniciou um processo de formação que era já um esboço de uma formação complementar específica em clínica geral – o internato complementar de generalista.

Portanto, em 1982, foi criada a carreira médica de clínica geral pelo Dec-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto – diploma das carreiras médicas; foi constituído o colégio da especialidade de clínica geral (mais tarde medicina geral e familiar) da Ordem dos Médicos e, em 1983, foi fundada a APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, que se transformou ao longo de 30 anos na maior associação médica de inscrição não obrigatória, tendo como sócios fundadores, entre outros, António Branco, Maria Madalena Mourão, Maria José Tovar, Vítor Serra, Vítor Ramos, Zaida Azeredo, Joaquim Saraiva⁴. As primeiras eleições ocorreram a 14 de janeiro de 1984, tendo sido eleito o Prof. Doutor Nuno Grande como presidente da assembleia geral, o Dr. Joaquim Saraiva como presidente do conselho fiscal e o Dr. Mário Moura como presidente da direção nacional¹⁰.

Em 1984, teve lugar em Évora o “*Encontro Internacional de Clínica Geral*”, organizado pela APMCG, com a colaboração ativa de figuras de relevo da clínica geral europeia^{4,6,7,9}. Nesse mesmo ano, a APMCG faz publicar o primeiro número da “*Revista Portuguesa de Clínica Geral*”, um espaço de reflexão, formação e investigação, ainda hoje de referência no âmbito nacional e internacional^{4,10,11}.

O perfil profissional do clínico geral, ou médico de família (MF), e a especialidade, em Portugal designada por medicina geral e familiar (MGF), estão largamente definidos em documentos oficiais publicados no nosso país, como o Dec-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto e o Dec-Lei nº 70/1990, de 6 de março, em documentos da APMCG⁸ e do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos^{12,13}. E, têm sido igualmente descritos e propostos por diversas organizações internacionais, tais como o grupo Leeuwenhorst¹⁴, a *World Organization of Family Doctors* (WONCA)^{15,16}, (WONCA–Europa)¹⁷ e a *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT)¹⁸.

A medicina geral e familiar (MGF) é, antes de tudo, uma “*medicina da pessoa*”. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural^{19,20}.

A “*família*” continua a ser um contexto fundamental a ter em conta na compreensão dos fenómenos de saúde e doença de cada indivíduo, o adoecer na família, a família face

à doença, a família como geradora ou modeladora dos fenómenos de doença, a família doente, etc. Nessa perspetiva, a medicina geral continua-se e aprofunda-se na “*medicina familiar*”^{13,20,21,22,23}.

Uma vez que os indivíduos e as famílias se inserem num sistema social mais vasto, é importante perceber as influências do meio envolvente numa perspetiva comunitária. O sistema de saúde deve orientar-se pelos problemas e pelas necessidades de saúde das comunidades locais, regionais e nacional. Isto implica a definição correta dos objetivos de saúde a atingir²⁰.

Evidencia-se, deste modo, que esta especialidade aborda a “*pessoa*” enquadrada numa “*família*” e vivendo numa “*comunidade*”. O perfil profissional e técnico-científico do médico de família (MF) deve ser definido de forma a que ele possa ser o médico a quem a pessoa recorre em primeiro lugar. Assim, o MF deve ser sempre o médico de primeiro contacto, pelo que quando alguém se sente doente ou quer cuidados da saúde deve sempre tentar falar primeiro com o seu médico^{20,24}.

Um dos fundamentos da MGF é a liberdade de escolha do médico por parte dos indivíduos e/ou das famílias, infelizmente nem sempre respeitada no nosso sistema de saúde. Para que possa ser criada e mantida uma boa relação médico-paciente é fundamental que cada cidadão possa escolher livremente o médico com quem irá estabelecer uma ligação duradoura. O cidadão deverá sentir que escolheu o seu médico, tenha sido por acaso ou porque soube que era competente e, apesar de poder realmente mudar para outro, não o quer fazer. A escolha do mesmo médico pelos restantes elementos da família deverá surgir naturalmente, poderá mesmo ser recomendada, mas nunca forçada por qualquer decisão burocrático-administrativa ou coação psicológica^{25,26}.

A existência de listas nominais de pacientes, que é uma particularidade de certos sistemas de saúde e de organização dos cuidados de saúde primários, é o modelo adotado em Portugal. Este sistema ao atribuir uma parcela da população a um médico de família (MF) facilita a gestão dos cuidados longitudinais, como a programação de atividades de promoção de saúde, cuidados antecipatórios de prevenção e cuidados assistências, permite ainda ao paciente conhecer o seu MF e a este conhecer os cidadãos sob a sua responsabilidade^{25,26}.

Outros princípios essenciais da MGF são a universalidade e a equidade. Todos os cidadãos, independentemente das suas condições ou características, devem ter acesso

aos cuidados de saúde de que necessitam, seja qual for a forma de financiamento do sistema e o modelo de organização da prestação de cuidados^{20,25}.

A MGF deve basear a sua atuação numa perspetiva de promoção da saúde e de prevenção da doença. Ambas visam a elevação dos níveis de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades através de uma intervenção mais ativa de educação para a saúde, papel que cabe a toda a sociedade, mas que pode e deve ser desenvolvido a nível individual ou coletivo pelos diversos profissionais de saúde, entre eles os MF.

O médico de família:

1. É um profissional com habilitação específica para prestar com independência e autonomia cuidados assistenciais a indivíduos e famílias. Os pacientes devem entender a ideia de competência técnico-científica pela percepção de que vão a este médico porque ele é capaz de resolver a maior parte dos seus problemas de saúde e resolvê-los bem²⁵;

2. Deve exercer a sua ação integrado numa perspetiva multidisciplinar de trabalho em equipa²⁵;

3. Orienta a sua atuação para a pessoa total, independentemente da idade ou sexo, e lida com todo o tipo de problemas de saúde – globalidade²⁶. Este conceito deve ser completado pelo conceito de amplitude, definido pelo espetro de cuidados prestados, pelo “*leque de oferta*”²⁵, bem como pelo limiar de referência e pela ligação a outros médicos e a outros profissionais de saúde²⁵;

4. Deve dominar um conjunto de métodos e técnicas de relação e comunicação médico-paciente e selecioná-los em face de cada situação e contexto; deve ser empático, saber ouvir o paciente, interessar-se pelos seus problemas e procurar perceber o que ele sente e tem²⁵;

5. Aborda situações de patologia crónica múltipla e/ou em que coexistem vários problemas de saúde de natureza diversificada²⁵. Com o envelhecimento da população, as doenças crónicas mais frequentes na comunidade constituem, aliás, uma das áreas de atuação mais importantes e de magnitude tendencialmente crescente da atividade dos médicos de família em todo o mundo²⁷;

6. Utiliza, sempre que necessário, métodos e técnicas de avaliação familiar²⁵;

7. Atua na promoção da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação e reinserção na comunidade²⁵;

8. Deve preocupar-se em prestar aos seus pacientes os cuidados que estes necessitam com a maior brevidade possível, nas condições mais favoráveis, no consultório ou no domicílio do paciente, incluindo a prestação e organização de cuidados nas chamadas “*horas incómodas*”²⁵ – acessibilidade. Esta definição concetual de acessibilidade tem encontrado diversos obstáculos organizativos, funcionais e logísticos à sua plena concretização, decorrentes do enquadramento contratual da carreira médica de clínica geral, do sistema retributivo, dos hábitos e rotinas dos profissionais, do modelo funcional dos centros de saúde, das expectativas dos utentes e do deficiente funcionamento da equipa de saúde²⁵;

9. Deve oferecer aos seus pacientes continuidade de cuidados assistenciais, entendendo-se isto como o assumir da responsabilidade personalizada de cuidar do cidadão, que livremente o escolheu, ao longo do tempo e independentemente do problema de saúde que apresenta²⁵. Assim, um paciente deve poder dizer que: “*os meus cuidados de saúde melhoram porque consulto o mesmo médico sempre que é possível e, quando não é, sou atendido por um colega que trabalha de forma parecida e usa a mesma ficha clínica*”²⁵. A necessidade de referência a outro nível de cuidados ou a ausência temporária do médico não contrariam este princípio, que deve ser assegurado através de mecanismos de intersubstituição temporária. Em consequência da necessidade esporádica de fazer uma referência, nasce o conceito de coordenação de cuidados: “*quando é necessário, este médico é capaz de me enviar a outros médicos ou a outros profissionais e, depois, interessa-se pelo resultado e organiza a continuação dos tratamentos*”²⁵. Um outro conceito, o de longitudinalidade, que deve ser expresso pelo paciente como: “*já sou doente deste médico há vários anos e ele, melhor do que ninguém, sabe o que eu tenho; já passámos por muita coisa juntos*”²⁴. Além disso, este médico conhece bem o paciente e a sua família, percebe as suas necessidades e mantém toda a informação na ficha clínica, tendo assim um importante conhecimento acumulado²⁵;

10. Usa métodos de recolha, sistematização, anotação e utilização da informação clínica adequados à complexidade da sua prática profissional – sistema de informação²⁵;

11. Assegura uma gestão eficiente da sua prática clínica tendo em conta as necessidades de saúde dos seus pacientes²⁵.

A perseguição destes objetivos tem sido, ao longo dos últimos 30 anos, um processo longo e difícil. Mais do que descrever as definições conceituais dos atributos dos médicos de família, será interessante verificar até que ponto se conseguiu que isso se traduza, na prática, num exercício profissional de qualidade e, além disso, se os médicos de família conseguem responder às expectativas dos cidadãos. Se sim, um dos fatores importantes de sucesso da profissão estará assegurado²⁵.

O médico de família assume, deste modo, a essência e a responsabilidade das grandes relações inter-humanas. A resposta positiva pressupõe uma disponibilidade permanente, uma capacidade de aceitar o paciente como o ser mais vulnerável e merecedor de atenção. Assim, se se considerar a pessoa como alteridade²⁸, a medicina geral e familiar está no vértice de toda a conceção de pessoa, porque se ela ficar isolada, mergulhada na sua dor, essa pessoa deixa de o ser em toda a sua plenitude, num dos momentos essenciais da sua vida²⁶.

3.2. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Numa visão internacional, decorrente das determinações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a região Europa, a área da saúde está em processo de mudança, o que traz novas perspetivas aos profissionais que até hoje têm conseguido, melhor ou pior, funcionar em cenários clássicos que, por razões e interesses diversos, se foram perpetuando²⁹.

A enfermagem não é exceção, antes pelo contrário, uma vez que lhe são colocados contextos e desafios que, a curto prazo, irão muito para além dos modelos tradicionais nos quais tem vindo a funcionar, quer ao nível da formação, quer ao nível dos diferentes locais de trabalho³⁰. Estes modelos têm-se mantido, algumas vezes porque essa realidade é imposta, outras porque a enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP) tem tido alguma dificuldade em separar-se de um passado longo e das suas consequências na sua autoconstrução. Isto tem condicionado a sua forma de estar e de procurar formas inovadoras de desenvolver as suas potencialidades face aos atuais problemas de saúde e aos contextos em que se prestam cuidados³⁰.

A ideia de uma “*enfermagem de família*” centrada no trabalho com as famílias já vem de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em CSP, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique³¹.

Em Portugal, a enfermagem é reconhecida como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos 30 anos. No entanto, como constata Jorge Simões³², dos cerca de 44.000 enfermeiros existentes em Portugal em 2005, só cerca de 16% exerciam funções nos CSP e apenas 12% eram enfermeiros com a especialidade de saúde pública/comunitária.

Em CSP a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade³⁰.

A enfermagem de família é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade³⁰. Poder-se-á dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência, bem como o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas

decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer. Resumindo, é “*trabalhar com as famílias*”³⁰ de forma a ajudá-las a desenvolver capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções.

A sua prática é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias³⁰.

A atuação dos enfermeiros em cuidados de saúde primários situa-se assim em duas áreas distintas, a da saúde pública e a da saúde familiar, em parte por herança histórica, mas considerando também os problemas de saúde nacionais, as orientações políticas internacionais, nacionais e regionais, a formação e a evolução da profissão³⁰.

Reconhece-se que os enfermeiros detêm um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal. Isto devido às múltiplas oportunidades que têm de conhecer as famílias e os seus “*estilos de vida*”³⁰, durante o seu atendimento, assim como de conhecer os recursos da comunidade. Estas oportunidades conferem-lhes o papel de agentes facilitadores da mudança que se pretende efetuar³⁰.

Trabalham integrados em programas ou projetos no centro de saúde (CS), no domicílio ou em grupos institucionalizados da sua zona geográfica de atuação, sendo promotores ou participantes, a título individual e/ou de forma articulada, em grupos multidisciplinares e, por vezes, trans-setoriais, junto de pessoas, famílias e grupos da população³⁰.

Presentemente congregam esforços para adotarem internacionalmente uma linguagem profissional comum e uma classificação das suas práticas. Para isso estão a ser testados os fenómenos e as intervenções de enfermagem, pretendendo-se avançar para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em Portugal está em curso o registo sistemático dos cuidados prestados no programa nacional de vacinação no programa SINUS, e em muitos locais o uso do programa SAPE, o módulo clínico de enfermagem³⁰.

Os enfermeiros em cuidados de saúde primários:

1. São responsáveis pela execução do Plano Nacional de Vacinação³⁰;
2. Partilham a responsabilidade epidemiológica com as autoridades de saúde, identificando precocemente “novos casos”, sobretudo os detetados em grupos comunitários³⁰;
3. Efetuam inquéritos epidemiológicos, contribuindo para o diagnóstico e controlo da situação sanitária do ponto de vista endémico e epidémico³⁰;
4. Efetuam vigilância de saúde a grupos vulneráveis, segundo padrões de comportamento ou problemas específicos ou com disfuncionalidades familiares e/ou sociais, em aspetos ligados à saúde materna, infantil e escolar, à adolescência e às doenças transmissíveis mais relevantes³⁰;
5. Estão próximos das famílias a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida³⁰;
6. Estão próximos dos emigrantes e imigrantes, dando apoio e orientação em questões de saúde³⁰;
7. São promotores ou respondem às solicitações do poder autárquico local ou de associações de bairro, bem como a iniciativas empresariais, no âmbito da saúde no trabalho³⁰;
8. Contribuem para a deteção precoce da doença através da realização de rastreios³⁰;
9. Trabalham em articulação, sobretudo com instituições governamentais, nas áreas da educação e da segurança social, mas também com associações na vigilância, acompanhamento e/ou execução do programa de tratamento instituído, de doenças infecciosas, oncológicas, mentais, entre outras³⁰;
10. Participam, integrados em movimentos sinérgicos trans-setoriais, em programas e projetos específicos, estabelecidos em rede ou em parceria³⁰.

A “*primeira geração*” de centros de saúde em Portugal estava orientada para a saúde pública e para a medicina preventiva, era organizada por valências e dava prioridade à saúde materno-infantil. A partir de 1983, a “*segunda geração*” de centros de saúde integra a “*primeira geração*” de centros de saúde com os postos dos ex-serviços médico-sociais e implementa a carreira médica de clínica geral. Estes centros são organizados por serviços e grupos profissionais.

No entanto, os problemas de saúde da comunidade e a evolução da prestação de cuidados de saúde exigem a reorganização das instituições e dos métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades das comunidades. Este sentido de mudança é enquadrado pelo Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que preconiza uma organização descentralizada.

A OMS vem reforçar esta ideia ao introduzir o conceito de enfermeiro de saúde familiar ou enfermeiro de família (EF), traçando os objetivos para este século, contando com o seu papel na equipa multidisciplinar²⁹.

Neste contexto, pretende-se que a enfermagem de saúde familiar se direcione para a comunidade e alcance as pessoas que apresentam dificuldades para procurarem a ajuda dos serviços de saúde. A sua inserção familiar exige uma intervenção de carácter domiciliário e a delimitação por áreas geográficas.

Assim sendo, deverão ser alvo dos cuidados da enfermagem de saúde familiar:

1. As famílias com disfunções familiares e/ou sociais que sejam identificadas como vulneráveis a problemas de saúde;
2. As famílias cujo ciclo de vida possa originar risco evolutivo, nomeadamente as grávidas e recém-nascidos;
3. As famílias que vivam crises disruptivas, designadamente por marcada dependência bio-psico-social, com doença crónica e/ou comportamental, e requeiram acompanhamento próximo, regular e continuado.

Deste modo, considerando as mudanças no perfil demográfico e nos indicadores de morbilidade, a emergência das doenças crónicas que se traduzem em novas necessidades de saúde, e a natureza dos cuidados de enfermagem (resposta humana às situações de doença e aos processos de vida), implica que a lógica de referenciação para

o enfermeiro de família (EF) seja a correspondente a um grupo de famílias por determinada área geográfica.

Como tal, a organização dos cuidados de enfermagem deverá ter por base as necessidades de cuidados das famílias, o que pressupõe assegurar a definição e permanente atualização do perfil epidemiológico de saúde da população utilizadora, na perspetiva de enfermagem, o que na assistência no domicílio assume papel relevante. O desenvolvimento da intervenção dos EF integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde exige enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, ou seja, o tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho permitirá que os EF, enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, se articulem com os restantes recursos existentes e procedam ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija. A enfermagem de família consiste em trabalhar com as famílias, ajudando-as a identificar problemas e a mobilizar os seus próprios recursos. Deste modo, o cuidar da família como unidade básica exige conhecer como esta cuida, identificando as suas dificuldades e forças, para que se possa ajudar a família a agir no sentido de atender às necessidades dos seus membros e alcançar um viver-ser-estar saudável. Assim, os enfermeiros devem:

1. Proceder à inclusão deliberada da família no planeamento e prestação de cuidados ao paciente³³;
2. Ter a capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as necessidades do paciente³³;
3. Reconhecer a importância das crises interpessoais e do seu impacto na saúde da família³³;
4. Dar ênfase ao estilo colaborativo, que respeita as forças da família e lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados³³.

De acordo com a perspetiva que a família assume, há níveis de prática de enfermagem familiar que têm implicações nos processos de avaliação e intervenção familiar, a saber³⁴:

Nível I – Família como contexto:

- a) O objetivo é cuidar um membro da família como foco da intervenção promovendo o bem-estar individual³⁴;
- b) A família é entendida como recurso e fator de saúde/doença individual³⁴.

Nível II – Família como soma das suas partes:

- a) O objetivo é prestar cuidados à família na sua globalidade³⁴;
- b) O alvo é cada um e todos os membros da família³⁴.

Nível III – Subsistema familiar como cliente:

- a) O alvo é um dos subsistemas familiares³⁴;
- b) O enfermeiro trabalha com dois ou mais elementos da família com o objetivo de obter a compreensão e apoios mútuos³⁴.

Nível IV – Família como cliente:

- a) O alvo é a família como sistema interativo³⁴;
- b) O todo é maior do que a soma das suas partes³⁴;
- c) O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente³⁴.

O enfermeiro de família (EF) será então responsável por um grupo de famílias, combinando atividades de promoção da saúde e de prestação de cuidados, atuando no seio da família e da comunidade, em articulação com todos os setores. Este papel multifacetado e a proximidade das famílias colocam o enfermeiro em situação privilegiada para constituir a “*interface*” entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados.

Na sua Declaração de Munique (2000), a OMS³¹ exorta as autoridades da região europeia:

1. A garantirem a participação dos enfermeiros na tomada de decisão a todos os níveis do desenvolvimento e implantação das políticas de saúde³¹;
2. A criarem oportunidades para que enfermeiros e médicos estudem em conjunto a nível da formação inicial e de pós-graduação, para assegurarem maior cooperação e fomentarem o trabalho interdisciplinar³¹;
3. A procurarem oportunidades para estabelecerem e sustentarem programas e serviços de enfermagem centrados na família, incluindo quando apropriado a enfermagem de saúde familiar³¹;
4. A reforçarem o papel dos enfermeiros em saúde pública na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário³¹.

A Assembleia geral extraordinária da Ordem dos Enfermeiros aprovou, a 20 de novembro de 2010, o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro)³⁵, que no seu artigo 4.º estabelece as seguintes:

- a) Cuida da família como unidade de cuidados³⁴;
- b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária³⁴.

A reestruturação dos centros de saúde e o aparecimento das Unidades de Saúde Familiar (USF) criou as condições ideais para o surgimento do enfermeiro de família. Os cuidados são centrados não apenas na pessoa, como até então, mas também na família como refere a Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro ao mencionar que “a *Unidade de Saúde Familiar é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias*”.

As famílias estão sujeitas a “*fatores de stress (problemas) que afetam as linhas de defesa da família*”³⁴ e existem “*dinâmicas internas*”³⁴ que afetam a sua “*estrutura e funcionamento*”³⁴. Surge assim a necessidade do enfermeiro avaliar não apenas uma pessoa, mas sim toda a família para conseguir dar respostas aos eventuais problemas e estimular comportamentos de promoção de saúde.

É o que é feito, atualmente, ao envolver a família na planificação dos cuidados e na gestão da saúde, desenvolvendo estratégias de *coping* individuais e familiares de forma a potenciar a resolução de conflitos/problemas. É o que é feito na consulta de saúde materna quando se prepara o casal/família para a parentalidade. É o que é feito na consulta de saúde infantil no âmbito da parceria de cuidados. E, finalmente, é o que é feito no domicílio, com a informação/formação do cuidador.

No entanto, a partir das competências específicas enumeradas no Regulamento³⁴, a família merece a mesma atenção que um indivíduo. *“O foco dos cuidados de enfermagem são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente”*³⁴.

Acrescenta, ainda, que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar tem duas grandes competências³⁴:

a) Cuida da família como unidade de cuidados³⁴, ou seja, considerando a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento³⁴; e

b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária³⁴, ou seja, considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente³⁴.

O enfermeiro de família constitui, assim, um elo de ligação fundamental entre as famílias e o sistema nacional de saúde, havendo uma maior acessibilidade e proximidade de cuidados, sendo o indivíduo responsável pela sua saúde, pelo que deve adotar comportamentos saudáveis, devendo ser apoiado e motivado.

No entanto, considera-se pertinente destacar, novamente, a Portaria n.º1368/2007 de 18 de outubro que aprova a carteira básica de serviços das USF. Como se pode verificar define a especialidade médica (medicina geral e familiar) mas não define a especialidade de enfermagem, estando implícito que podem integrar as USF tanto enfermeiros generalistas como enfermeiros das diversas especialidades.

Contudo, independentemente da categoria ou da especialidade de enfermagem, a referida Portaria estabelece as atividades e os cuidados que devem ser desempenhados numa USF, referindo que a equipa multiprofissional da USF (médicos e enfermeiros) é responsável pela:

- a. Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida;
- b. Cuidados em situação de doença aguda;
- c. Acompanhamento clínico das situações de doença crónica;
- d. Cuidados no domicílio;
- e. Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspectiva de «gestor de saúde» do cidadão.

Em síntese, o médico e o enfermeiro de família são os pilares de uma nova prestação de cuidados de saúde primários que hoje se desenrola em moldes organizativos radicalmente diferentes do passado. Por estes motivos é necessário perceber-se as complexas relações éticas que existem neste domínio dada a diversidade de atores existentes no setor da saúde. É fundamental a implementação imediata de uma verdadeira “*plataforma ética da saúde*”³⁶ para que os direitos dos doentes não sejam mais uma vez subordinados a interesses corporativos ou profissionais. É precisamente sobre esta dimensão ética que irá versar o próximo capítulo desta tese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Zurro AM, Ferrero XP, Bas CS. A equipa de cuidados de saúde primários. In: Zurro AM, Pérez JFC. (editor). Manual de cuidados primários. Organização e protocolos de actuação na consulta. Lisboa: Farmapress edições; 1991. p. 29-39.
 - ² Campos AC. Reformas da saúde - O fio condutor. Coimbra: Edições Almedia; 2008.
 - ³ McWhinney IR. Manual de medicina familiar. Lisboa: Inforsalus; 1994.
 - ⁴ Tavares JF. Os primeiros 10 anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa: APMCG; 1997.

-
- ⁵ Horder J. Relatório Horder. In: Tavares JF. Os primeiros 10 anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa: Departamento Editorial da APMCG; 1997. p. 165-176.
- ⁶ Horder J. Clínica geral/medicina familiar: Portugal e o mundo. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da vontade. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 15-47.
- ⁷ Jordão JG. A medicina geral e familiar académica e o desenvolvimento universitário da disciplina. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 68-77.
- ⁸ APMCG – Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991.
- ⁹ Jordão JG. A Medicina geral e familiar: Caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado. Lisboa: Edição do autor; 1995.
- ¹⁰ Pisco LA. Êxitos e insucessos da medicina geral e familiar portuguesa ou o que conseguimos em 20 anos e o que falta conseguir. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 14-23.
- ¹¹ Sá AB. A prática da investigação científica e a arte médica. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 185-191.
- ¹² Ordem dos Médicos - Colégio de medicina geral e familiar. Um novo curriculum para uma nova especialidade. Lisboa: Ordem dos Médicos; 1995. p. 3-15.
- ¹³ Sá AB. Filosofia e prática da clínica geral: Consequências da sua especificidade. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1995; 12: 47-53.
- ¹⁴ Leeuwenhorst - The genral practitioner in Europe: A statement by the working group party appointed by the european conference on the teaching of general practice, Leeuwenhorst, Netherlands; 1974.
- ¹⁵ WONCA – World Organization of Family Doctors. O papel do médico de clínica geral/médico de família nos sistemas de saúde: Declaração da WONCA. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1991; 8: 242-247.
- ¹⁶ Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice - Time for a new definition. British Medical Journal. 2000; 320: 354-357.
- ¹⁷ WONCA – World Organization of Family Doctors – Europa. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar). Lisboa: APMCG; 2002.
- ¹⁸ EURACT – European Academy of Teachers in General Practice. A definição europeia de medicina geral e familiar. Versão Reduzida. Lisboa: ADSO; 2005.
- ¹⁹ Pinto AS. Medicina familiar: O modelo biopsicossocial. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1991; 8: 206-209.
- ²⁰ Ramos V. Medicina geral e familiar: 10x3 ideias-chave. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da vontade. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 71-121.
- ²¹ Mendes E, Rebelo L. Medicina familiar - um movimento universal. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 1984; 1(4): 16-17.
- ²² Rebelo L. A dimensão família. In: Alves MV, Ramos V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 125-133.
- ²³ Rebelo L. Família e cuidados de saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2007; 23(3): 295-297.
- ²⁴ Hespanhol AP, Ribeiro O, Pereira, AC. Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003). Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005; 23(2): 99-104.
- ²⁵ Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001; volume temático 2: 63-74.
- ²⁶ Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. Acção Médica. 2008; 72(2): 95-106.

-
- ²⁷ Santos I. O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: Comorbilidade de quatro doenças crónicas. Porto: Bial; 2008.
- ²⁸ Biscaia J. Juramento de Hipócrates. *Acção Médica* 1999;63(2):69-73.
- ²⁹ WHO – World Health Organization. Community health needs assessment: An introductory guide for the family health nurse in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2001.
- ³⁰ Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; Volume temático 2: 75-82.
- ³¹ WHO – World Health Organization. Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
- ³² Barros P, Simões J. Portugal: Retrato do sistema de saúde. *Health Systems in Transition*. 2007; 9(5): 77-93.
- ³³ WHO – World Health Organization. The Family Health Nurse. Context, Conceptual Framework and Curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publications; 2000.
- ³⁴ Friedman MM. *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. Fourth Edition. Stamford: Appleton & Lange; 1998. p.11-16.
- ³⁵ Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República* n.º 35, II Série, de 18 de fevereiro de 2011. p. 8660-8661.
- ³⁶ Nunes R. A plataforma ética da saúde. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 2006; 62(1): 185-205.

4. ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Neste capítulo abordam-se sumariamente os conceitos de ética e bioética, assim como as teorias bioéticas que se consideram pertinentes para o contexto dos cuidados de saúde primários.

4.1. ÉTICA

A maioria das pessoas não parece dedicar muito tempo a pensar sobre o seu próprio comportamento, quer nos assuntos domésticos quer nas atividades relacionadas com a profissão, a menos que surjam circunstâncias especiais. No entanto, se se refletir, constata-se que muitas das ações parecem ser instintivas ou são-no de facto. Atua-se de forma automática, orientado simplesmente pela rotina ou pelo senso comum. Assim, sabe-se como agir, pelo que simplesmente se age. Grande parte da vida profissional é dedicada a lidar com assuntos relativamente rotineiros. No entanto, independentemente das rotinas serem formais ou informais, é muito importante ser-se responsável pelas próprias ações¹.

Só recentemente a ética foi reconhecida como sendo uma prioridade na formação dos profissionais de saúde. Alguns tiveram formação em pensamento moral e ético na escola médica ou de enfermagem, mas outros não. Alguns estudaram humanidades, mas a maioria não. Mas esta situação modificou-se, e as novas gerações de médicos e enfermeiros têm, como estudantes, dedicado mais tempo a questões éticas e legais. Estes assuntos são agora considerados importantes e fazem parte do currículo de pré-graduação de todas as escolas médicas² e de enfermagem.

Ética tem sido definida como o estudo filosófico do valor moral da conduta humana e das regras e princípios que devem governá-lo; um código de conduta em que esta é considerada correta, especialmente por um determinado grupo, profissão, ou mesmo por um indivíduo³.

Ética vem do grego “*éthos*”, correspondendo no latim ao termo “*moris*” (moral). Mas se etimologicamente as duas palavras são sinónimas, a tradição judaico-cristã conferiu ao termo “moral” uma carga religiosa a que o termo “ética” ficou imune, mantendo-se a ética como uma elaboração científica (filosófica ou teológica) da moral⁴.

A ética é assim definível como:

- conjunto de normas que regulam o agir do ser humano,
- ciência dos costumes,
- ciência dos princípios da ação,
- valores implicados nos costumes,
- reflexão sobre os fundamentos da ação humana.

A ética refere-se aos costumes, à conduta de vida e às regras de comportamento. Circunscreve-se ao agir humano, aos comportamentos quotidianos e às opções de vida⁴. Enquanto estudo do *bem* e do *mal* na ordem do agir, do “*a-fazer*”, do “*fazer realizar*”, da *praxis* no sentido clássico, enuncia normas de agir e não se limita a verificar padrões fáticos de comportamento. É, por isso, eminentemente prática. Pode-se entender a ética ou moral como “*um conjunto de normas de conduta, quer em geral, quer aquelas que são reconhecidas por determinado grupo humano ou propostas por determinado autor, corrente ou religião*”⁴.

Existe uma grande relação entre lei e ética. Ambas procuram regular o agir do ser humano. Ambas são ordens normativas, na medida em que se traduzem em normas ou regras de conduta⁵.

Lei pode ser definida como um conjunto consistente de regras universais que são amplamente publicadas, geralmente aceites, e geralmente aplicadas. Essas regras descrevem o modo como as pessoas são obrigadas a agir nas suas relações umas com as outras, em sociedade. São requisitos obrigatórios para agir de determinada forma, e não somente as expetativas ou sugestões para agir dessa maneira. Desde que um governo estabelece uma lei, pode usar os poderes de autoridade para a fazer cumprir pelos cidadãos.

Há situações em que a lei e a ética se sobrepõem e o que é percebido como falta de ética também é ilegal. No entanto, noutras situações, não se sobrepõem e, por vezes, o que é percebido como falta de ética ainda é legal, outras vezes, o que é ilegal é visto como ético. Desta forma, um comportamento pode ser percebido como ético por uma pessoa ou grupo, mas pode não ser percebido como tal por outros. Para complicar ainda mais esta dicotomia, as legislações representam a posição da maioria em funções de governo e, presumivelmente, o parecer da maior parte da sociedade, sobre o comportamento em causa.

Assim, conclui-se que a lei e a ética não são necessariamente a mesma coisa. Pode-se ter deveres legais que se consideram não éticos e, no limite, imposições éticas que sejam, num dado momento e enquadramento jurídico, ilegais. Todos podem ter a sua definição e a sua ética pessoal. E todos devem ter uma porque ela atravessa o seu dia-a-dia e a contingência de cada um dos seus gestos e decisões.

A ética também não se confunde com a deontologia, que é a ciência dos deveres, assumindo-se como uma ética profissional normativa. Consiste num conjunto (código) de regras morais, jurídicas e administrativas, próprias dos membros de uma determinada profissão⁶.

Para muitos autores a ética da saúde ocupa um lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois poucas questões têm um interesse tão fundamental como o estabelecimento de uma efetiva relação clínica entre o profissional de saúde e o paciente. Considera-se que a ética da saúde *“deve pautar-se por critérios éticos bem definidos à luz da tradição profissional e das disposições internacionais que consagram a doutrina da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais”*⁷. Acrescenta o autor que *“ao direito compete balizar comportamentos considerados por todas as correntes do pensamento como eticamente inaceitáveis. Numa perspetiva estritamente deontológica, cabe às Ordens, bem como às associações representativas de outros grupos profissionais o estabelecimento de linhas diretrizes, e face à competência que lhes foi delegada pelo Estado, elas têm o dever de pugnar para que essas diretrizes sejam cumpridas na sua íntegra”*⁷.

A Bioética é definida como a ética aplicada à vida, a interrogação de ordem ética que cada cientista, humanista e a sociedade em geral formula em relação aos progressos biotecnológicos. Assim, *“é um novo domínio da reflexão e da prática que incide sobre as questões humanas na sua dimensão ética, no âmbito da prática clínica ou da investigação científica em seres humanos com a finalidade de salvaguardar a dignidade das pessoas”*⁶. São grandes as áreas de discussão em Bioética: a relação médico-paciente, a relação interpares, a investigação e a organização institucional.

Neste sentido, *“a existência de um consenso transcultural implica que a ciência concorra sempre para melhorar as condições de existência da humanidade respeitando a identidade do sujeito e da espécie a que pertence”*⁸. Esta linha de pensamento está na base da edificação daquilo que hoje se conhece e se valoriza como direitos humanos

fundamentais. Estes mais não são do que o reconhecimento expresso de um marco axiológico fundamental que é o valor intrínseco, inquestionável, da pessoa humana⁹.

Os profissionais de saúde necessitam de passar por um processo de ensino e treino específico³. As suas atitudes e comportamentos são assim suscetíveis de serem formadas por este processo. Em extremo, poder-se-ia afirmar que um programa de educação médica, científica e tecnicamente bem estruturado, que se concentrasse apenas na aquisição de conhecimentos e competências, iria produzir um médico altamente qualificado científica e tecnicamente. No entanto, isso negaria o conceito de que a prática da medicina é uma arte. Já em 1978, Sir George Pickering¹⁰ afirmou que:

“The doctor’s task is to help his patients to live the fullest lives possible ... A narrow education or training is not the best preparation for his life’s work ... His material is man, his mind, his body and his place in society”¹⁰.

Sir George Pickering¹⁰ estava preocupado que a liberdade intelectual do estudante de medicina fosse intoleravelmente restringida pela “*tiranía*”¹⁰ do sistema de ensino. Ele dizia que a “*camisa de forças*”¹⁰ de tal sistema destruiria qualquer criatividade, inibindo o desenvolvimento futuro.

Mas, pode-se concluir que para se ser um bom médico é preciso possuir em alto grau as virtudes intelectuais, mas como a medicina é uma atividade e não um simples saber teórico, necessita também das virtudes morais ou éticas¹¹.

4.2. TEORIAS DA BIOÉTICA

São várias as teorias que se desenvolveram no âmbito da Bioética, de entre as quais se destaca, por considerar que têm maior aplicabilidade ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários:

1. O princípalismo,
2. A ética das virtudes,
3. A ética da casuística,
4. A ética do cuidado,
5. A deontologia.

1. O princípalismo esboçado pela primeira vez em 1978 no Relatório Belmont¹² e logo desenvolvido pelos norte-americanos Tom Beauchamp e James Childress, no seu livro “*Principles of Biomedical Ethics*”, de 1979, (editado em 2012 pela sétima vez¹³) é o modelo de teorização bioética mais difundido e baseia-se em quatro princípios “*prima facie*”^{13,14}:

- a) O respeito pela autonomia – em que uma pessoa deve ser livre para tomar decisões e atuar sem constrangimentos impostos por outrem, e em que o paciente tem o direito de participar nas decisões clínicas em conjunto com o profissional de saúde;
- b) A não maleficência – há a obrigação de não fazer ou promover o mal a um ser humano, ‘*Primum non nocere*’. Deste princípio derivam para o profissional de saúde normas concretas como por exemplo ‘*não causar dano*’; e é a partir dele que se elabora toda a discussão denominada de duplo efeito, segundo o qual determinadas terapêuticas provocam um efeito bom ou efeito pretendido e simultaneamente provocam o mal ou efeito tolerado. Exemplo disso são os atos cirúrgicos, mas igualmente os tratamentos farmacológicos;
- c) A beneficência – em que o profissional de saúde deve atuar no melhor interesse do paciente. Implica uma ação positiva, para além do dever, como ajudar as pessoas com incapacidades ou em perigo. Deste princípio derivam para o profissional de saúde normas concretas como o preservar a confidencialidade em benefício do paciente; e as normas de avaliação do risco benefício das intervenções em saúde;

- d) A justiça – em que situações iguais têm de ser tratadas de forma igual. Daí derivam as normas de equidade no acesso e a discussão da distribuição de recursos.

O objetivo primário e racional dos cuidados de saúde é a beneficência, enquanto o respeito pela autonomia, a não maleficência e a justiça estabelecem os limites morais para as ações dos profissionais de saúde. Qualquer destes princípios carece de valor relativo em relação aos outros, sendo, por vezes, mesmo impossível defini-los de uma forma absoluta. Refira-se por exemplo o princípio da justiça, este é entendido de diferentes formas, e segundo diferentes contextos pode ser enunciado como:

- a cada pessoa uma parte igual;
- a cada pessoa de acordo com a sua necessidade;
- a cada pessoa de acordo com o seu esforço;
- a cada pessoa de acordo com a sua contribuição;
- a cada pessoa de acordo com o seu mérito;
- a cada pessoa de acordo com as transações do mercado livre.

O principialismo evoluiu para uma abordagem prática na tomada de decisão ética, baseada na moralidade comum e que é consistente, ou pelo menos não está em conflito com outras abordagens éticas, teológicas, morais e sociais para a tomada de decisão. Esta abordagem pluralista é essencial na tomada de decisões morais institucionais, pedagógicas, e na comunidade em geral, com grupos interdisciplinares, pluralistas por definição, e que podem não concordar com determinadas teorias morais ou suas justificações epistemológicas. No entanto, grupos interdisciplinares pluralistas podem concordar na aplicação prática de regras comuns, não sendo condição necessária que as origens epistemológicas e justificativas destas sejam estabelecidas. Pelo contrário, a condição suficiente é que haja um amplo acordo com a existência e aceitação dos valores gerais do respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O objetivo da tomada de decisão ética é, em última análise, para especificar e equilibrar cada um dos princípios, reconhecendo que não há nenhuma ordem hierárquica do conjunto de princípios, daí serem “*prima facie*”^{13,14}. Nenhum dos princípios morais deve prevalecer “*a priori*”, necessitando assim de serem ponderados e da análise das circunstâncias do caso concreto. Especificando, é o equilíbrio da aplicação dos princípios gerais morais relevantes para uma decisão em particular e a tentativa de maximizar, tanto quanto possível, todos os princípios que contribuem para a tomada de decisão ética.

Posteriormente, aos quatro princípios de Tom Beauchamp e James Childress, diferentes escolas acrescentaram outros, tendo o Conselho Geral da UNESCO, em 2005, adotado alguns na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos¹⁵: o da dignidade humana, o do consentimento, o do respeito pela vulnerabilidade humana, o do respeito pela diversidade cultural, o da solidariedade e cooperação e o da responsabilidade social, entre outros.

2. A ética das virtudes^{16,17} coloca a tónica na boa formação do carácter e da personalidade das pessoas ou dos profissionais, propondo-se uma correspondência entre as virtudes e os seus princípios¹³:

- a) Respeitabilidade – respeito pela autonomia
- b) não malevolência – não maleficência
- c) benevolência – beneficência
- d) justiça – justiça

A ética das virtudes^{16,17} propõe que as teorias éticas se concentrem em ajudar as pessoas a desenvolverem bons traços de carácter, nomeadamente o respeito, a honestidade, a confiança, a paciência, a coragem, a bondade e a generosidade. Esses traços, por sua vez, permitem que uma pessoa possa tomar decisões moralmente corretas no decorrer da sua vida. Os teóricos da ética da virtude também enfatizam a necessidade das pessoas aprenderem a deixar maus hábitos de carácter, tentações como a ganância ou a raiva, que são chamados de vícios e impedem a pessoa de se tornar boa. Neste sentido, *“o fator decisivo na resolução de um dilema ético concreto, qualquer que seja a sua natureza, é o grau de virtude da consciência individual de cada agente moral”*¹⁸.

A ética das virtudes remonta aos filósofos da Grécia antiga, sendo o mais antigo tipo de teoria ética na filosofia ocidental. Platão discutiu quatro virtudes principais: sabedoria, coragem, temperança e justiça. A primeira descrição sistemática da ética das virtudes foi escrita por Aristóteles na sua famosa obra *“Ética a Nicómaco”*¹⁹. De acordo com Aristóteles, quando as pessoas adquirem bons hábitos de carácter, elas são mais capazes de regular as suas emoções e a sua razão. Esta, por sua vez, ajuda a tomar decisões moralmente corretas quando se é confrontado com escolhas difíceis.

A ética das virtudes é uma importante contribuição para a compreensão da moralidade e enfatiza o papel central desempenhado pelos motivos nas questões morais. Para agir é necessária alguma motivação especial, assim ao dizer que certas virtudes são necessárias para corrigir decisões morais é igual a dizer que corretas decisões morais exigem motivos corretos. O encorajar motivações corretas é, muito frequentemente, um componente chave da educação moral dos jovens. Ensina-se que se deve desejar certos resultados e que estes devem ser atingidos através das suas ações. Uma outra razão pela qual a ética das virtudes é tão atraente é porque, as outras teorias morais têm alguma dificuldade em lidar com casos morais complicados estabelecendo qual a melhor ação a tomar, ou que deveres morais se devem enfatizar. A ética das virtudes promete que, se se for bem-sucedido em criar o tipo de pessoa que se quer ser, as decisões morais virão naturalmente e serão mais corretas. As principais questões que devem ser respondidas por quem deseja seguir a ética das virtudes incluem²⁰:

- Que tipo de pessoa quero ser?
- Que virtudes são características da pessoa que quero ser?
- Que ações vão cultivar as virtudes que quero ter?
- Que ações vão ser a característica do tipo de pessoa que quero ser?

Deste modo, propõe-se a revisão dos fundamentos filosóficos e morais do profissionalismo, e fá-lo através de uma análise da atividade profissional, usando a medicina como caso paradigmático²¹. Argumenta que a atividade profissional e o contexto específico no qual fenomenologicamente é realizada implica com certos traços de caráter da pessoa. Refere assim, que para se ser médico, se deve ter como base a finalidade, ou “*telos*”²¹, da atividade médica que define a medicina como um tipo específico de atividade humana, procurando as virtudes em causa. Argumenta que por analogia a mesma linha de pensamento pode ser aplicada a outras profissões de ajuda²¹.

A palavra “*profissão*”²¹ deriva do verbo latino “*profiteri*”²¹, que significa declarar em voz alta ou publicamente. O que as profissões declaram é uma reivindicação de um conhecimento específico e uma fidelidade para algo para além do interesse próprio. Essa declaração é feita publicamente nos seus códigos e juramentos profissionais, e em particular cada vez que oferecem os seus serviços às pessoas que deles precisam. A sua atividade profissional é uma promessa solene de competência, uma aliança voluntária numa relação de confiança, pelo menos, assim é interpretado por aqueles a quem a declaração é feita²¹.

Pela atividade da profissão, o profissional está comprometido com os bons e melhores interesses da pessoa a ser servida, por exemplo, o paciente no caso da medicina. A atividade da profissão é o autêntico centro moral da ética profissional²¹. Ao assumir essa atividade, o profissional obriga-se a certas virtudes intelectuais e morais. A fidelidade a essas virtudes torna-o um bom profissional, virtuoso, e a sua atividade profissional torna-se autêntica²¹.

“Um médico virtuoso, um “bom médico”, aquele que faz bem o seu trabalho, que compreende o estado de vulnerabilidade do paciente, compromete-se em ajudá-lo e é fiel a essa promessa. O que ninguém quer é um médico comerciante, ou o simples executor de uma técnica, ou o burocrata, ou o mercenário, ou o que acha que sabe tudo, ou o que vê o doente como objeto de exploração”²².

3. A ética da casuística²³ privilegia a análise de casos para identificar características paradigmáticas com vista a estabelecer analogias em situações semelhantes, sendo a relação entre as regras e os problemas francamente prática. As regras éticas gerais servem como “*máximas*”, as quais só podem ser totalmente compreendidas nos termos dos casos paradigmáticos que definem o seu sentido e a sua força (um pouco como se fazem os diagnósticos, caso a caso, depois de se aprender por paradigmas que raramente se encontram na prática).

Ética casuística é a metodologia de raciocínio usada para resolver problemas morais da aplicação de regras teóricas a casos particulares, e pela generalização dessa análise.

Normalmente, o raciocínio casuístico começa com um caso claro, paradigmático. Por exemplo, pode ser um caso precedente moralmente já resolvido. A partir dele, a casuística pergunta quão perto o caso concreto em apreço corresponde ao paradigmático. Casos semelhantes devem ser tratados de forma semelhante, e os diferentes do paradigmático devem ser tratados de forma diferente, encontrada a justificação moral para a resolução desse caso, ele torna-se paradigmático para novos casos²⁴.

A ênfase posta nas regras, generalizações e princípios obscurece a importância do caso individual, da situação concreta e das suas circunstâncias e causas. Uma abordagem centrada no caso pode ser preconizada como mais congruente com a forma como os profissionais de saúde abordam o diagnóstico e o tratamento²⁵.

O resultado não será um conhecimento teórico dos princípios éticos, mas um conhecimento prático sobre o que é o melhor para uma situação particular numa perspectiva casuística, pragmática e probabilística.

Um conjunto de questões a serem respondidas durante a análise ética de tipo casuística em saúde é apresentado no Quadro I²³.

Quadro I: Perguntas a serem respondidas durante a análise de cada caso

INDICAÇÕES MÉDICAS	PREFERÊNCIAS DO DOENTE
1. Qual o problema do doente? História? Diagnóstico? Prognóstico? 2. O problema é agudo? Crônico? Crítico? Emergência? Reversível? 3. Quais são os objetivos do tratamento? 4. Quais são as hipóteses de sucesso? 5. Quais são os planos em caso de falha terapêutica? 6. Em resumo, como é que este paciente vai beneficiar dos cuidados médicos e de enfermagem e como é que os danos podem ser evitados?	1. O que expressou o paciente acerca das preferências pelo tratamento? 2. O paciente foi informado sobre benefícios e riscos, compreendeu e deu seu consentimento? 3. O paciente está mentalmente capaz e tem competência legal? O que é demonstrativo da incapacidade? 4. O paciente expressou antecipadamente as suas preferências? Por exemplo: diretivas antecipadas de vontade? 5. Se incapacitado, quem deve ser o representante? O representante segue as regras apropriadas? 6. O paciente está relutante ao tratamento ou é incapaz de cooperar? Se sim, porquê? 7. Em suma, foram os direitos de escolha do paciente respeitados em toda a sua extensão ética e legal?
QUALIDADE DE VIDA	ASPETOS CONJUNTURAIS
1. Quais são as perspectivas com e sem tratamento para um retorno do paciente à sua vida normal? 2. Há predisposições que possam prejudicar a avaliação da qualidade de vida do paciente? 3. Que <i>deficit</i> físico, mental e social pode o paciente sofrer se o tratamento for bem sucedido? 4. A situação presente ou futura do paciente é tal que a continuação da vida pode ser considerada indesejável por ele? 5. Existe alguma fundamentação lógica para renúncia do tratamento? 6. Quais os planos para os cuidados paliativos e o conforto?	1. Existem assuntos familiares que possam influir nas decisões terapêuticas? 2. Existem problemas dos profissionais (médicos ou enfermeiros) que possam influenciar as decisões terapêuticas? 3. Existem fatores económicos ou sociais? 4. Existem fatores religiosos ou culturais? 5. Há alguma justificação para violar o segredo médico? 6. Existem problemas de alocação de recursos? 7. Quais são as implicações legais das decisões terapêuticas? 8. Está envolvida a investigação ou o ensino? 9. Existe conflito de interesse institucional ou com os profissionais de saúde?

(Jonsen et al²³)

A abordagem casuística é mais compatível com a prática clínica da medicina²³.

4. A ética do cuidado²⁶ é relacional e defende a importância das relações interpessoais e da solicitude, sendo as atividades de cuidado as que tornam o mundo social seguro, evitam o isolamento e previnem a agressão. O ideal do cuidado consiste numa atividade de relação, de estima e ajuda, percebendo e respondendo às necessidades do outro, de proteção e acompanhamento, procurando tomar conta de todos, mantendo a rede de relações de modo que ninguém seja deixado sozinho.

A ética do cuidado também é uma teoria ética normativa, isto é, uma teoria sobre o que faz as ações serem certas ou erradas. Faz parte de um conjunto de teorias normativas

éticas que foram desenvolvidas por movimentos feministas na segunda metade do século XX. Enquanto as teorias éticas consequencialistas e deontológicas enfatizam padrões morais universais e imparciais, a ética do cuidado enfatiza a importância dos relacionamentos humanos, através do diálogo e da negociação²⁶.

O interesse por perspectivas normativas se expandiu por todo o lado, desde as famílias igualitárias aos locais de trabalho, às responsabilidades morais dos pais e dos cidadãos, às avaliações éticas das políticas governamentais e internacionais²⁷. Porém, a ética do cuidado oferece uma esperança para se repensar de uma forma mais frutuosa como cada um deve guiar a sua vida.

As convicções básicas desta teoria são:

- a) Todos os indivíduos são interdependentes para atingir os seus interesses.
- b) Os particularmente vulneráveis às escolhas de outros e às suas consequências devem merecer consideração adicional a ser medida de acordo com:
 - i. o nível da sua vulnerabilidade perante essas escolhas;
 - ii. o nível da sua afetação por essas escolhas.
- c) É necessário estar atento aos detalhes contextuais da situação, a fim de salvaguardar e promover os interesses reais e concretos dos envolvidos.

A ética do cuidado é também uma base teórica para o cuidar com foco na ética materna. Algumas feministas norteamericanas^{28,29,30} sugerem que o cuidar deve ser uma responsabilidade social e os cuidadores devem ser avaliados nas esferas pública e privada. As suas teorias reconhecem o cuidar como uma questão ética relevante. Esta mudança de paradigma na ética encoraja que a ética do cuidado deva ser uma responsabilidade quer de homens quer de mulheres.

5. A deontologia afirma que as pessoas devem aderir às suas obrigações e deveres, e quando se analisa um dilema ético isso deve ser tido em consideração. Significa que uma pessoa deve cumprir as suas obrigações para com ela mesma, para com outro indivíduo e para com a sociedade, porque defender um dever é o que é considerado eticamente correto³¹. Por exemplo, um deontologista mantém sempre as suas promessas e vai seguir a lei moral, segundo o imperativo de Immanuel Kant³². Uma pessoa que segue esta teoria

produz decisões éticas muito consistentes, uma vez que se fundamenta no conjunto dos deveres do indivíduo.

A deontologia fornece uma base para os direitos e obrigações especiais que incidem sobre pessoas específicas, tais como os membros de uma família. Por exemplo, um irmão mais velho tem a responsabilidade de proteger a sua irmã mais nova, quando atravessarem em conjunto uma estrada movimentada³¹.

Embora a teoria deontológica contenha muitos aspetos positivos, também tem algumas fraquezas. Uma delas é que não há razão ou fundamento lógico para decidir quais são os deveres morais de um indivíduo. Por exemplo, alguém pode decidir que é seu dever estar sempre a horas para as reuniões. Embora este pareça ser um nobre dever, não se sabe qual a verdadeira razão porque essa pessoa escolheu cumprir esse dever. Pode acontecer que a razão para ela querer estar sempre a tempo para a reunião seja querer sentar-se sempre na mesma cadeira. Outra fraqueza inclui o facto de que às vezes uma pessoa tem um conflito de deveres. Por exemplo, se a pessoa que deve estar a horas na reunião está atrasada, como é que ela deve conduzir a viatura? É suposto exceder a velocidade permitida, quebrando o seu dever para com a sociedade, ou cumprir a lei (código da estrada) e chegar atrasado à reunião, quebrando assim o seu dever de estar a horas. Para este cenário de obrigações conflitantes a teoria deontológica não leva a uma resolução clara e eticamente correta, nem protege o bem estar dos outros na decisão ética. Uma vez que não considera o contexto de cada situação, ela não fornece qualquer orientação quando se entra numa situação complexa em que há obrigações contraditórias³¹.

A deontologia é também uma ética profissional que na sua componente normativa se configura como um conjunto de deveres inerentes ao exercício de uma profissão⁸. De facto, qualquer profissão impõe determinados deveres àqueles que a exercem, através do “*código deontológico*”, que consiste num conjunto de regras morais, jurídicas e administrativas, próprias dos membros de determinada profissão. No caso dos médicos e enfermeiros tem associado um poder disciplinar com possibilidade de punição^{8,33}.

A deontologia, porque rígida, é sempre limitada, não podendo prever todas as situações, conflitos e dilemas que a realidade compreende. No entanto, os códigos deontológicos representam um instrumental útil enquanto diretiva da prática profissional e também do processo de tomada de decisão frente a situações que configuram problemas éticos, sendo um aporte para o equacionar ético dos profissionais da saúde que, por vezes,

recorrem aos códigos e aos conselhos disciplinares como fonte de recurso para orientação e solução dos problemas éticos que enfrentam.

As Comissões de Ética para a Saúde (CES), embora consultivas por definição, podem ter, entre outros, um papel importante nas questões de ética profissional não resolúveis pelos códigos respetivos. A função de uma CES não pode ser confundida com a tarefa de um conselho de deontologia: este avalia um determinado comportamento à luz das regras deontológicas vinculativas já estabelecidas e codificadas. Todas as decisões e ações profissionais implicam, além da sua correspondência com as normas deontológicas, a presença de valores éticos que têm um alcance ético mais interpelativo do que a observância estrita dos deveres profissionais. Os casos duvidosos devem ser analisados pela CES quando colocam em conflito vários princípios éticos fundamentais. Deste modo, sem se substituir a um conselho de deontologia, a CES será chamada casuisticamente a pronunciar-se sobre casos aparente e meramente deontológicos, como casos de negligência e incumprimento das “*Leges artis*”³⁴.

De facto, a institucionalização das comissões de ética é um importante salto civilizacional dado que, independentemente da corrente ética predominante, importa que exista alguma supervisão da atividade profissional no setor da saúde, nomeadamente quando os direitos básicos dos doentes possam ser violados. Assim, “*enquanto instrumento da sociedade plural que pretende defender, sem reservas, os legítimos direitos dos doentes, as comissões de ética são um importante veículo de regulação intrainstitucional, nomeadamente no que se refere à investigação em seres humanos*”³⁵.

A apresentação sucinta destas teorias bioéticas, que se consideram ter maior aplicabilidade ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários, permitem fundamentar cinco categorias utilizadas no estudo qualitativo desenvolvido: **Ética principialista**, **Ética das virtudes**, **Ética do cuidado**, **Ética casuística** e **Ética profissional**, baseada na deontologia.

Uma das características da análise qualitativa³⁶ é a inferência, que sempre se realiza na presença de um “*índice*”³⁶, que podem ser tópicos ou ideias de cada resposta individual. Assim, considera-se que a simples presença do “*índice*” numa resposta permite inferir que o inquirido estava a considerar a teoria ética em questão para a solução do caso problema proposto.

Com base no exposto, os “índices”³⁶ definidos para este trabalho, fundamentam-se na literatura consultada e apresentada na explanação das teorias bioéticas (quadro II).

Quadro II: Índices das categorias

Ética principialista	Ética das virtudes	Ética casuística	Ética do cuidado	Ética profissional
Direitos	Paciência	Probabilidade	Ajuda	Deontologia
Recursos	Honestidade	Analogia	Proteção	Responsabilidade
Decisão	Confiança	Causas	Acompanhamento	Deveres
Acesso	Coragem	Circunstâncias	Diálogo	Obrigações
Regras	Generosidade	Casos	Relação	Cumprimento
Equidade	Tentação		Estima	<i>Legis artis</i>
Confidencialidade	Respeito		Negociar	Punições

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Wingfielf J, Badcott D. Pharmacy Ethics and Decision Making. London: Pharmaceutical Press; 2007.
- ² Hope T, Savulescu J, Hendrick J. Medical ethics and the law: the core curriculum. UK: Churchill Livingstone; 2003: 81.
- ³ Orme-Smith A, Spicer J. Ethics in General Practice. London: Radcliffe Medical Press; 2001.
- ⁴ Cabral R. Temas de Ética. Braga: Faculdade de Filosofia da UCP – Braga; 2003.
- ⁵ Cardoso AL. Direito e Ética. In: Archer L, Biscaia J, Oswald W. (ed). Bioética. Lisboa: Editorial Verbo; 1996: 44-49.
- ⁶ Neves MCP. A bioética como reflexão e como prática. In: Neves MCP. (ed). Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002: 29-35.
- ⁷ Nunes R. Ética na relação com o doente. In: Serrão D, Nunes R. (ed). Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora; 1998: 31-46.
- ⁸ Nunes R. Bioética e deontologia profissional. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002.
- ⁹ Nunes R. Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2010.
- ¹⁰ Pickering G. Quest for Excellence in Medical Education: a personal survey. Oxford University Press; 1978.
- ¹¹ Gracia D. Fundamentos de bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008.
- ¹² Belmont Report. Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1979. Disponível em: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
- ¹³ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.
- ¹⁴ Frankena WK. Ethics. 2nd edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1973.
- ¹⁵ UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
- ¹⁶ Pellegrino E, Thomasma D. For The Patient's Good. New York: Oxford University Press, 1988.
- ¹⁷ MacIntyre A. After virtue: A study in moral theory. 3rd edition. London: Duckworth; 2007.

-
- ¹⁸ Nunes R. Valores e sociedade plural. In: Nunes R, Melo H. (ed). *Testamento Vital*. Coimbra: Almedina; 2011: 17-80.
- ¹⁹ Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. [tradução de António C. Caeiro] Lisboa: Quetzal Editores; 2004.
- ²⁰ Simões JA, Guerreiro MP. Ética na prestação de cuidados de saúde pelo farmacêutico. In: Guerreiro MP, Fernandes AA. (ed) *Deontologia e Legislação Farmacêutica*. Lisboa: Lidel; 2013: 3-16.
- ²¹ Pellegrino E. Professing Medicine, Virtue Based Ethics, and the Retrieval of Professionalism. In: Walker R, Ivanhoe P. (ed). *Working Virtue*. New York: Oxford University Press; 2007: 61-85.
- ²² Cruz J. Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino. Coimbra: Almedina; 2012.
- ²³ Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética clínica. Uma abordagem prática de decisões éticas em medicina clínica*. 4ª edição. [tradução de Fernando Martins Vale] Lisboa: McGraw-Hill; 1999.
- ²⁴ Jonsen AR, Toulmin S. *The abuse of casuistry: A history of moral reasoning*. Berkeley: University of Califórnia Press; 1988.
- ²⁵ Barbosa A. Bioética e Psiquiatria de Ligação. In: Correia DT. (ed). *Psiquiatria de Ligação na Prática Clínica*. Lisboa: Lidel; 2011: 171-222.
- ²⁶ Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
- ²⁷ Held V. *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press; 2006.
- ²⁸ Radosh PF. Sara Ruddick's Theory of Maternal Thinking Applied To Traditional Irish Mothering. *Journal of Family History*. 2008; 33(3): 304-315.
- ²⁹ Held V. *Feminist Morality: Transforming Culture, Society, and Politics*. Chicago: University of Chicago Press. 1993.
- ³⁰ Kittay EF. *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge; 1999.
- ³¹ Ridley A. *Beginning Bioethics*. New York: St. Martin's Press; 1998.
- ³² Brito JHS. *Introdução à Fundamentação da Metafísica dos Costumes, de I. Kant*. Porto: Edições Contraponto; 1994.
- ³³ Veiga J. *Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção*. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
- ³⁴ Renaud M. Problemas éticos emergentes na prática clínica: Ética e deontologia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2003; 22(7-8): 951-954.
- ³⁵ Nunes R. Clinical ethics committees. Tbilisi: Council of Europe and Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia; 2003: 48-57.
- ³⁶ Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70; 2013.

5. ATITUDES ÉTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ABORDAGEM EMPÍRICA

Neste capítulo apresenta-se como foi efetuada a revisão da literatura para a escolha de instrumentos para o estudo das atitudes éticas dos profissionais de saúde em cuidados de saúde primários.

Atualmente, a teoria ética já não se encontra isolada da investigação empírica, forma tradicional como ela apareceu na filosofia ética, mas está ligada a essa investigação e é informada por ela. O objetivo da diretriz de ação já não é fazer uma determinação conclusiva de um dever moral, mas ir fazendo declarações provisórias que devem ser investigadas com critérios científicos e revistas quando se justifique, ou seja, quando houver mais conhecimento empírico¹.

Com o objetivo de conhecer que investigação já tinha abordado o estudo de atitudes éticas dos profissionais de saúde de cuidados de saúde primários efetuou-se uma revisão da literatura.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos referenciados nas bases de dados PubMed e Scielo utilizando os termos MeSH “ethics”, “primary health care” e “attitude”. A pesquisa abrangeu o período entre 1980 e 2006 de artigos publicados em inglês e português.

A pesquisa realizada em 2006 permitiu identificar 377 artigos pelas suas referências bibliográficas. A procura de cópia desses artigos, através da internet e nas bibliotecas da Universidade de Aveiro e dos Hospitais da Universidade de Coimbra, decorreu até outubro de 2006 e permitiu o acesso a 48 artigos.

Os 48 artigos, de que foi obtida cópia integral, foram lidos, analisados pelo investigador e classificados quanto ao tipo de estudo (quantitativo ou qualitativo) e aos profissionais envolvidos (quadro III).

Quadro III: Classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo e aos profissionais envolvidos

Artigo	Autores	Revista	Tipo de estudo	Profissionais
Ethical aspects of clinical decision-making. ²	Kollemorten, I. et al.	J Med Ethichs. 1981; 7(2): 67-9.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
How family physicians approach ethical problems. ³	Christie, R.J. et al.	J Fam Pract 1983; 16(6): 1133-8.	Qualitativo	Médicos
Ethical decision making by family physicians. ⁴	Dayringer, R. et al.	J Fam Pract 1983; 17: 267-72.	Qualitativo	Médicos
Relevance and utility of courses in medical ethics: a survey of physicians' perceptions. ⁵	Pellegrino, ED. et al.	JAMA 1985; 253(1): 49-53.	Quantitativo	Médicos
Physician-nurse relationships. ⁶	Prescott, PA.	Ann Intern Med 1985; 103(1): 127-33.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Perceptions of ethical problems by nurses and doctors. ⁷	Gramelspacher, GP. et al.	Archives of Internal Medicine 1986; 146(3): 577-8.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros
Patients who refuse treatment in medical offices. ⁸	Connelly, JE. et al.	Archives of Internal Medicine 1987; 147: 1829-33.	Quantitativo	Médicos
Patients' voices, rights and responsibilities: on implementing social audit in primary health care. ⁹	Hill, WY., et al., 1988	J Bus Ethics. 1988; 17: 1481-97.	Quantitativo	Pacientes
Ethical issues in primary health care: a survey of practioners' perceptions. ¹⁰	Robillard, HM. et al.	J Community Health. 1989; 14: 9-17.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Community health nurses: their most significant ethical decision-making problems. ¹¹	Aroskar, MA.	Nurs Clin North Am. 1989; 24(4): 967-75.	Qualitativo	Enfermeiros
Communication problems between doctors and nurses. ¹²	Mackay, RC. et al.	Qual Assur Health Care 1991; 3(1): 11-9.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. ¹³	Walker, RM. et al.	J Gen Intern Med. 1991; 6(5): 424-9	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros
Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. ¹⁴	Hoffmaster, CB. et al.	Soc Sci Med. 1991; 33(6): 647-53.	Quantitativo	Médicos
Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. ¹⁵	Grunstein-Amado, R.	J Adv Nurs. 1992; 17(2): 129-37.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros

Quadro VI: Classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo e aos profissionais envolvidos (cont)

Artigo	Autores	Revista	Tipo de estudo	Profissionais
The nature of dilemmas in dialysis nurse practice. ¹⁶	Wellard, S., 1992	J Adv Nurs. 1992; 17: 951-8.	Qualitativo	Enfermeiros
Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. ¹⁷	Udén, G. et al.	J Adv Nurs. 1992; 17(9): 1028-34.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros
Ethical challenge in community health nursing. ¹⁸	Duncan, SM.	J Adv Nurs. 1992; 17(9): 1035-41.	Qualitativo	Enfermeiros
Ethical decision-making processes used by health care providers. ¹⁹	Grunstein-Amado, R.	J Adv Nurs. 1993; 18(11): 1701-9.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros
Two instruments to measure interdisciplinary bioethical decision making. ²⁰	Bagss, JG.	Heart Lung. 1993; 22(6): 542-7.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Moral dilemmas experienced by nurse practitioners. ²¹	Viens, DC.	Nurs Pract Forum. 1994; 5: 209-14.	Qualitativo	Enfermeiros
The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians. ²²	Pfeifer, MP. et al.	J Gen Intern Med. 1994; 9: 82-8.	Qualitativo	Médicos e Pacientes
Confidentiality o medical records: the patient's perspective. ²³	Carman, D. et al.	Br J Gen Pract. 1995; 45: 485-8.	Qualitativo	Pacientes
Ethical decision-making by staff nurses. ²⁴	Smith, KV.	Nur Ethics. 1996; 3(1): 15-25.	Qualitativo	Enfermeiros
Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. ²⁵	Wagner, N. et al.	Nurs Ethics. 1996; 3(4): 294-304.	Quantitativo	Enfermeiros
A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. ²⁶	Viney, C.	Nurs Crit Care. 1996; 1(4): 182-7.	Qualitativo	Médicos e enfermeiros
Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. ²⁷	Robertson, DW.	J Med Ethichs. 1996; 22:5 292-9.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros

Quadro VI: Classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo e aos profissionais envolvidos (cont)

Artigo	Autores	Revista	Tipo de estudo	Profissionais
Caring and justice: a study of two approaches to health care ethics. ²⁸	Rickard, M. et al.	Nurs Ethics. 1996; 3: 212-23.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Partial and impartial ethical reasoning in health care professionals. ²⁹	Kushe, H. et al.	J Med Ethics. 1997; 23: 226-32.		
Attitudes of women from vulnerable populations toward physician-assisted death: a qualitative approach. ³⁰	Morrow, E.	J Clin Ethics. 1997; 8: 279-89.	Qualitativo	Pacientes
An enquiry into a combined approach for nursing ethics. ³¹	Lipp, A.	Nurs Ethics. 1998; 5(2): 122-38.	Qualitativo	Enfermeiros
A method for evaluating health care providers' decision making: the provider decision process assessment instrument. ³²	Dolan, JG.	Med Decis Making. 1999; 19(1): 38-41.	Quantitativo	Médicos
Moral problems among Dutch nurses: a survey. ³³	Van Der Arend, AJ. et al.	Nurs Ethics. 1999; 6(6): 468-82.	Qualitativo e Quantitativo	Enfermeiros
Visiting nurses' situated ethics: beyond 'care versus justice'. ³⁴	Gremmem, I.	Nurs Ethics. 1999; 6: 515-27.	Qualitativo	Enfermeiros
Ethical decisions making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. ³⁵	Raines, ML.	JONA'S Health Law, Ethics Regul. 2000; 2(1): 29-41.	Quantitativo	Enfermeiros
Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. ³⁶	Bremberg, S. et al.	Fam Pract. 2000; 17(2): 124-8.	Quantitativo	Médicos
Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. ³⁷	Dickenson, DL.	J Med Ethics. 2000; 26(4): 254-60.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Attitudinal patterns determining decisions-making in the treatment of the elderly: a comparison between physicians and nurses in Germany and Sweden. ³⁸	Richter, J. et al.	Intensive Care Med. 2000; 26(9): 1326-33.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros

Quadro VI: Classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo e aos profissionais envolvidos (cont)

Artigo	Autores	Revista	Tipo de estudo	Profissionais
Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. ³⁹	Oberle, K. et al.	J Adv Nurs. 2001; 33: 707-15.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros
What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. ⁴⁰	Braunack-Mayer, AJ.	J Med Ethics. 2001; 27(2): 98-103.	Qualitativa	Médicos
Whose autonomy? Which choice? A study of GPs' attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain. ⁴¹	Rogers, WA.	Fam Pract 2002; 19(2): 140-5.	Qualitativo	Médicos
Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and Germany physicians and nurses. ⁴²	Richter, J. et al.	Scand J Caring Sci. 2002; 16(2): 149-56.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction. ⁴³	Biton, V. et al.	Int J Nurs Pract. 2003; 9(3): 140-57.	Quantitativo	Enfermeiros
Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. ⁴⁴	Martins, JC.	Rev Investig Enfermagem. 2003; 8:49-62.	Quantitativo	Pacientes
Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família. ⁴⁵	Zoboli, EL. et al.	Cad Saude Publica. 2004; 20(6): 1690-9.	Qualitativo	Médicos e Enfermeiros
Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, atitudes e opiniões. ⁴⁶	Martins, JC.	Revista Referência. 2004; 12:15-26.	Quantitativo	Enfermeiros
Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. ⁴⁷	Berney, L. et al.	Br J Gen Pract. 2005; 55(517): 620-5.	Qualitativo	Médicos

Quadro VI: Classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo e aos profissionais envolvidos (cont)

Artigo	Autores	Revista	Tipo de estudo	Profissionais
Bioética e atenção básica: Um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no programa de saúde da família. ⁴⁸	Silva, LT. et al.	Cogitare Enferm. 2006; 11(2): 133-142.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros
Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. ⁴⁹	Hariharan S. et al.	BMC Med Ethics. 2006; 7(1): 7.	Quantitativo	Médicos e Enfermeiros

A prática em cuidados de saúde primários está entrelaçada com uma variedade de questões éticas. Embora a verdadeira prevalência e variedade dessas questões éticas nos cuidados de saúde primários não seja clara, os dados desta revisão sugerem que essas questões têm características distintas das hospitalares. Ao contrário dos dilemas dramáticos de conflito ético, muitas vezes envolvendo tecnologia, encontrados nos hospitais, as questões éticas nos cuidados primários são muitas vezes mais sutis, mas ainda assim complexas⁵⁰.

Esta revisão permitiu saber que diferentes autores utilizam uma variedade de métodos de análise ética. Isto não surpreende, dado que a existência de pluralismo cultural nas sociedades modernas ocidentais não permite que uma abordagem única seja aceite por todos quantos se dedicam à bioética e ética biomédica^{51,52,53,54,55,56}. Assim, alguns são a favor do uso de princípios (como o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça)^{3,8,9,21,22,23,25,29,30,31,36,37,40,41}. Outros usam uma abordagem casuística de “ética clínica” analisando um determinado conjunto de considerações^{2,13,14,35,38,47}. Ainda outros usam abordagens baseadas nas virtudes^{5,19,27}, cuidado^{11,16,18,27,28,31,34,39} e deontologia ou ética profissional^{4,6,7,10,12,15,17,26,43}.

A revisão de estudos sobre as atitudes dos profissionais de saúde perante problemas éticos aponta no sentido de que, nos cuidados de saúde primários, os problemas éticos são constituídos, de maneira geral, por preocupações do dia-a-dia^{9,10,23,33,40,45,48}, e não por situações críticas que requeiram soluções ponderadas, como as enfrentadas no contexto hospitalar, o que levou à denominação de “*ética das pequenas coisas*”⁵⁷ ou “*ética do quotidiano*”⁵⁸.

Nesta revisão encontraram-se estudos que apontam no sentido de que existem diferenças de atitude ética entre os enfermeiros e os médicos^{10,17,19,27,38,49}, outros estudos

que referem que não existem diferenças^{2,7,28,29,48}, e ainda outros estudos que referem que não há diferenças no número de problemas identificados entre médicos e enfermeiros. Contudo, detetou-se diferenças no tipo de problemas identificados, ou seja, estas diferenças não ocorrem em virtude de haver diferença no compromisso ou na abordagem ética, mas em função da estrutura hierárquica da organização assistencial e dos papéis de médicos e enfermeiros como prestadores de cuidados de saúde^{13,39}.

Na literatura revista existe um estudo que aponta no sentido de que pode existir diferenças de atitude ética devidas ao género¹⁴ e outros estudos que referem que não existem diferenças^{48,49}. Foram encontrados vários estudos que apontam a existência de diferenças de atitude ética devidas à idade^{3,14,36,43}. Não foi encontrado nenhum estudo que referisse a não existência de diferenças devidas a esse facto. Foram também encontrados vários estudos que detetaram a existência de diferença nas atitudes éticas dos profissionais de saúde em função da área demográfica em que trabalham^{14,25}.

A revisão da literatura efetuada permitiu considerar pertinente a proposta de três dimensões de problemas éticos nos cuidados de saúde primários, detetadas num dos estudos⁴⁵. Estas dimensões foram baseadas na sua investigação, realizada com médicos e enfermeiros do programa de saúde da família em São Paulo (Brasil): uma relativa às relações dos profissionais de saúde com o utente e a família, outra relativa às relações da equipa, e uma terceira relativa às relações com a organização e o sistema de saúde. Esta proposta de dimensões é reforçada por outros estudos efetuados no contexto de cuidados de saúde primários^{10,18,25,28,29,33,39,40,47}.

Esta revisão permitiu ainda identificar algumas escalas^{20,31,32,44,48,59} entre elas a *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*⁴⁶. Trata-se de uma escala tipo Likert com 31 itens e cinco possibilidades de resposta em cada item (anexo I). Após um trabalho de campo, em que o autor procurou conhecer melhor as perspetivas, opiniões e atitudes dos doentes oncológicos relativamente aos seus direitos, especialmente aos direitos à informação e ao consentimento⁴⁴ e as atitudes dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra relativamente a esses direitos⁴⁶. Considerou-se este instrumento pertinente para avaliar, nesta tese, as atitudes de médicos e enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L. Siminoff L. (editor). *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
- ² Kollemorten I, Strandberg C, Thomsen BM, Wiberg O, Windfeld-Schmidt T, Binder V, et al. Ethical aspects of clinical decision-making. *Journal of Medical Ethics*. 1981; 7(2): 67-69.
- ³ Christie RJ, Hoffmaster CB, Bass MJ, McCracken EC. How family physicians approach ethical problems. *The Journal of Family Practice*. 1983; 16: 1133-1138.
- ⁴ Dayringer R, Paiva RE, Davidson GW. Ethical decision making by family physicians. *The Journal of Family Practice*. 1983; 17: 267-272.
- ⁵ Pellegrino ED, Hart Jr RJ, Henderson SR, Loeb SE, Edwards G. Relevance and utility of courses in medical ethics: a survey of physicians' perceptions. *Journal of the American Medical Association*. 1985; 253(1): 49-53.
- ⁶ Prescott PA, Bowen SA. Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine*. 1985; 103(1): 127-133.
- ⁷ Gramelspacher GP, Howell JD, Young MJ. Perceptions of ethical problems by nurses and doctors. *Archives of Internal Medicine*. 1986; 146(3): 577-578.
- ⁸ Connelly JE, Campbell C. Patients who refuse treatment in medical offices. *Archives of Internal Medicine* 1987; 147: 1829-1833.
- ⁹ Hill WY, Fraser I, Cotton P. Patients' voices, rights and responsibilities: on implementing social audit in primary health care. *Journal of Business Ethics*. 1988; 17: 1481-1497.
- ¹⁰ Robillard HM, High DM, Sebastian JG, Pisaneschi JI, Perritt LJ, Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. *Journal of Community Health*. 1989; 14(1): 9-17.
- ¹¹ Aroskar MA. Community health nurses: their most significant ethical decision-making problems. *The Nursing Clinics of North America*. 1989; 4: 967-975.
- ¹² MacKay RC, Matsuno K, Mulligan J. Communication problems between doctors and nurses. *Quality Assurance in Health Care*. 1991; 3(1): 11-19.
- ¹³ Walker RM, Miles SH, Stocking CB, Siegler M. Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. *Journal of General Internal Medicine*. 1991; 6(5): 424-429.
- ¹⁴ Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. *Social Science and Medicine*. 1991; 33(6): 647-653.
- ¹⁵ Grundstein-Amado R. Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17(2): 129-137.
- ¹⁶ Wellard S. The nature of dilemmas in dialysis nurse practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17: 951-958.
- ¹⁷ Udén G, Norberg A, Lindseth A, Marhaug V. Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17(9): 1028-1034.
- ¹⁸ Duncan SM. Ethical challenge in community health nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17(9): 1035-1041.
- ¹⁹ Grundstein-Amado R. Ethical decision-making processes used by health care providers. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18(11): 1701-1709.
- ²⁰ Baggs JG. Two instruments to measure interdisciplinary bioethical decision making. *Heart & Lung*. 1993; 22(6): 542-547.
- ²¹ Viens DC. Moral dilemmas experienced by nurse practitioners. *Nurse Practitioner Forum*. 1994; 5: 209-214.

- ²² Pfeifer MP, Sidorov JE, Smith AC. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 1994; 9: 82-88.
- ²³ Carman D, Britten N. Confidentiality of medical records: the patient's perspective. *British Journal of General Practice*. 1995; 45: 485-488.
- ²⁴ Smith KV. Ethical decision-making by staff nurses. *Nursing Ethics*. 1996; 3(1): 17-25.
- ²⁵ Wagner N, Ronen I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nursing Ethics*. 1996; 3(4): 294-304.
- ²⁶ Viney C. A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. *Nursing in Critical Care*. 1996; 1(4): 182-187.
- ²⁷ Robertson DW. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. *Journal of Medical Ethics*. 1996; 22(5): 292-299.
- ²⁸ Rickard M, Kuhse H, Singer P. Caring and justice: a study of two approaches to health care ethics. *Nursing Ethics*. 1996; 3: 212-223.
- ²⁹ Kuhse H, Singer P, Rickard M, Cannold L, van Dyk J. Partial and impartial ethical reasoning in health care professionals. *Journal of Medical Ethics*. 1997; 23(4): 226-232.
- ³⁰ Morrow E. Attitudes of women from vulnerable populations toward physician-assisted death: a qualitative approach. *The Journal of Clinical Ethics*. 1997; 8: 279-289.
- ³¹ Lipp A. An enquiry into a combined approach for nursing ethics. *Nursing Ethics*. 1998; 5(2): 122-138.
- ³² Dolan JG. A method for evaluation health care providers' decision making: the Provider decision process assessment instrument. *Medical Decision Making*. 1999; 19(1): 38-41.
- ³³ van der Arend AJ, Remmers van den Hurk CH. Moral problems among dutch nurses: a survey. *Nursing Ethics*. 1999; 6(6): 468-82.
- ³⁴ Gremmell I. Visiting nurses' situated ethics: beyond 'care versus justice'. *Nursing Ethics*. 1999; 6: 515-527.
- ³⁵ Raines ML. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*. 2000; 2(1): 29-41.
- ³⁶ Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Family Practice*. 2000; 17(2): 124-128.
- ³⁷ Dickenson DL. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. *Journal of Medical Ethics*. 2000; 26(4): 254-260.
- ³⁸ Richter J, Eisemann MR. Attitudinal patterns determining decision-making in the treatment of the elderly: a comparison between physicians and nurses in Germany and Sweden. *Intensive Care Medicine*. 2000; 26(9): 1326-1333.
- ³⁹ Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33: 707-715.
- ⁴⁰ Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27(2): 98-103.
- ⁴¹ Rogers WA. Whose autonomy? Which choice? A study of GPs' attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain. *Family Practice*. 2002; 19(2): 140-145.
- ⁴² Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Åström S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002; 16(2): 149-156.
- ⁴³ Biton V, Tabak N. The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2003; 9(3): 140-157.
- ⁴⁴ Martins JC. – Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2003; 8:49-62.

-
- ⁴⁵ Zoboli EL, Fortes P. Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1690-1699.
- ⁴⁶ Martins JC. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*. 2004; 12:15-26.
- ⁴⁷ Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones, IR. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *British Journal of General Practice*. 2005; 55(517): 620-625.
- ⁴⁸ Silva LT, Zoboli EL, Borges AL. Bioética e atenção básica: Um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enfermagem*. 2006; 11(2): 133-142.
- ⁴⁹ Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 2006; 7(1): 7.
- ⁵⁰ Sugarman J. 20 Common Problems - Ethics in Primary Care. New York: McGraw-Hill; 2000.
- ⁵¹ Nunes R. Bioética e deontologia profissional. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002.
- ⁵² Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.
- ⁵³ Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética clínica. Uma abordagem prática de decisões éticas em medicina clínica. 4^a edição. [tradução de Fernando Martins Vale] Lisboa: McGraw-Hill; 1999.
- ⁵⁴ MacIntyre A. After virtue: A study in moral theory. 3rd edition. London: Duckworth; 2007.
- ⁵⁵ Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
- ⁵⁶ Veiga J. Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
- ⁵⁷ Pérez-Fernández M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de "Ética y derecho médico". 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>.
- ⁵⁸ Antunes JL. A nova medicina. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.
- ⁵⁹ Dougherty MB, Larson E. A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *The Journal of Nursing Administration*. 2005; 35(5): 244-253.

6. QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Como referido na introdução desta tese, a investigação empírica é essencial para o campo da Bioética, da Ética e para todos quantos procuram soluções para conflitos de valores¹. O aprofundar da investigação empírica em Bioética permite gerar novos conhecimentos sobre conflitos éticos na prática clínica¹. Essa investigação leva, em primeiro lugar, a um maior conhecimento sobre as associações e causalidades dos elementos que geram os conflitos éticos¹. Com mais conhecimento empírico é possível melhorar a estratégia para a tomada de decisão em eventos clínicos, o que pode vir a contribuir para uma mais eficaz consultadoria ética para os casos particulares.

Nesta perspetiva, pretende-se desenvolver um estudo observacional, no âmbito da ética descritiva não normativa². A ética descritiva é a investigação factual do comportamento e das crenças morais² das pessoas, utilizando procedimentos e metodologias científicas para estudar as atitudes subjacentes a esses comportamentos e crenças.

Nesta tese, propõe-se estudar as atitudes de médicos de família e de enfermeiros perante problemas éticos em centros de saúde.

6.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A formulação das questões da investigação empírica parte dos elementos de informação adquiridos previamente e orientam para o tema em estudo, delas decorrendo todo o trabalho subsequente.

Com o presente trabalho procura-se responder também às seguintes questões:

Q1 – Quais são as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde no contexto das relações com os pacientes em cuidados de saúde primários?

Q2 – Quais são as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde no contexto das relações interprofissionais e interpares em cuidados de saúde primários?

Q3 – Quais são as categorias éticas presentes nas atitudes éticas dos profissionais de saúde na organização do centro de saúde?

Q4 – Quais são as atitudes de profissionais de saúde perante os direitos que visam a autonomia do paciente?

Q5 – Quais são as relações existentes entre algumas características sociodemográficas de profissionais de saúde e as suas atitudes?

6.2. OBJETIVOS

Com o estudo qualitativo procura-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- A. Analisar as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde no contexto das relações com os pacientes em cuidados de saúde primários;
- B. Analisar as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde no contexto das relações interprofissionais e interpares em cuidados de saúde primários;
- C. Analisar as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde na organização do centro de saúde.

Com o estudo quantitativo procura-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- D. Analisar as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos que visam a autonomia do paciente;
- E. Analisar as relações existentes entre algumas características sociodemográficas dos profissionais de saúde e as suas atitudes.

6.3. HIPÓTESES

A formulação de hipóteses constitui uma predição dos resultados esperados, pois uma hipótese é uma previsão ou uma explicação provisória da relação entre duas ou mais variáveis³. No entanto, em alguns contextos pode-se não formular hipóteses, como é o caso dos estudos descritivos⁴.

Os estudos descritivos são normalmente estudos exploratórios que decorrem do facto do investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses. Em estudos exploratórios qualquer resultado é um bom resultado que pode ser discutido com o mesmo mérito².

Os estudos descritivos têm como finalidade descrever as características dos indivíduos estudados, estimar a frequência de determinado problema de saúde, avaliar a eficácia de um tratamento ou a fiabilidade de um instrumento de medida⁵.

Ao contrário dos estudos descritivos, os estudos analíticos formulam hipóteses de investigação, que no final do estudo irão ser, ou não, rejeitadas⁶.

Apesar de se pretender fazer um estudo descritivo, avançou-se com a formulação de algumas hipóteses, porque se pretende desenvolver uma componente analítica:

H₁ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro).

H₂ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo sexo (masculino ou feminino).

H₃ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade.

H₄ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo número de anos de profissão.

H₅ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela sub-região em que trabalham (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu).

H₆ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela área demográfica em que trabalham (urbana, rural, semiurbana).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L. Siminoff L. (editor). Empirical methods for bioethics: A primer. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
- ² Beauchamp TL. Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.
- ³ Fortin MF. O processo de investigação. Loures: Lusociência; 1999.
- ⁴ Ribeiro JL. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora/Livpsic; 2007.
- ⁵ Ribas MJ., Yaphe J. Qual o tipo de estudo a escolher? In: Silva EE. (editor). Investigação passo a passo - Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica. Lisboa: APMCG; 2008. p. 45-49.
- ⁶ Fonseca, C. Como definir os objectivos e as hipóteses de um estudo? In: Silva EE. (editor). Investigação passo a passo - Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica. Lisboa: APMCG; 2008. p. 41-43.



**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES** **ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.**

FASE II

7. METODOLOGIA

Os métodos de investigação constituem uma das partes nobres de qualquer estudo¹. São estes que permitem, ou não, responder às questões de investigação, que possibilitam recolher a informação necessária (quantitativa ou qualitativa), do modo apropriado e com os procedimentos adequados¹.

No capítulo anterior já se apresentaram as questões de investigação, os objetivos gerais e os específicos. Para responder a essas questões idealizaram-se dois estudos: um estudo com metodologia qualitativa e um estudo com metodologia quantitativa.

Neste capítulo serão abordados a seleção da amostra de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da Administração Regional de Saúde do Centro, as variáveis estudadas, e os procedimentos para a recolha e análise dos dados para as investigações desenvolvidas.

7.1. METODOLOGIA UTILIZADA

Nesta investigação optou-se por um estudo observacional, de tipo descritivo, situando-se no âmbito da ética descritiva não normativa². Utilizou-se uma abordagem mista, através da triangulação de métodos³ quantitativo e qualitativo. A utilização de metodologias mistas é metodologicamente adequada para investigações em cuidados de saúde primários (CSP)⁴. Metodologias mistas envolvem a integração de métodos quantitativos e qualitativos de recolha de dados e de análise numa única investigação⁴.

Na escolha da abordagem qualitativa, considerou-se que o fenómeno a investigar, problemas éticos, se situa no âmbito dos valores e atitudes. É próprio das investigações qualitativas procurar compreender este âmbito dos fenómenos, que dificilmente pode ser reduzido a variáveis operacionalizáveis dos métodos quantitativos. A investigação qualitativa permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes às ações e às relações humanas⁵. Além disto, a complexidade e a subtilidade que cercam os problemas éticos requerem abordagens quantitativas e qualitativas capazes de os explicar⁶.

Nesta investigação pretende-se estudar as atitudes de médicos de família e de enfermeiros perante problemas éticos em centros de saúde. Neste sentido, é pertinente clarificar o conceito de atitude.

A palavra “*atitude*” existe na língua portuguesa não só como posição do corpo, postura, ou pose, mas também como maneira de agir ou conduta, e pode ainda significar um propósito ou modo de proceder⁷. A etiologia da palavra vem do latim: *actitudo, inis* = posição, ação; *actus, us* = ato, ação, gesto.

Apesar de ser um termo relativamente ambíguo, tem sido muito explorado no campo da psicologia social que o tem como um mediador entre a forma de pensar e o modo de agir dos indivíduos. Assim, atitude é uma orientação de avaliação, relativamente persistente no que respeita a um objeto particular ou classe de objetos⁸. Já outros autores^{9,10} acentuam a dimensão cognitiva das atitudes e o seu valor preditivo da ação.

Também continuam a existir inúmeras divergências na significação do conceito, consoante este é pensado por autores de uma corrente mais comportamentalista ou mais cognitivista. Contudo, existem alguns pontos em comum:

- a. As atitudes referem-se a experiências subjetivas, expressando o posicionamento de um indivíduo ou de um grupo, construído a partir da sua história, e portanto com um carácter aprendido⁹;
- b. As atitudes são sempre referidas a um objeto ou situação. Quando se fala de atitudes é referido de imediato face a quê⁹;
- c. As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa, traduzindo sempre uma posição face a um determinado objeto social: gosto/não gosto; concordo/discordo⁹.

Assim, diferentes pessoas podem ter diferentes atitudes face a um mesmo objeto, como é o caso das diferentes atitudes da população face ao aborto ou à possível legalização do consumo de drogas. E embora este posicionamento seja relativamente persistente, não é estático, podendo mudar por interação de inúmeros fatores.

As atitudes têm merecido grande atenção por parte dos metodólogos, e um grande número de estratégias tem sido desenvolvido para medir as atitudes dos inquiridos¹¹. Uma das metodologias mais utilizadas consiste na construção de conjuntos de afirmações sobre

determinado objeto de atitude (normalmente cerca de 10-20) acompanhados por uma escala de classificação numérica (1, 2, 3, 4, 5, ou, -2, -1, 0, +1, +2), de tipo verbal (“*concordo fortemente*”, “*concordo*”, “*neutro*”, “*discordo*”, “*discordo fortemente*”), ou por representações gráficas de uma face (desenhos de caras que expressam desde “*tristeza*” a “*contentamento*”, passando por “*neutralidade*”), ou, simplesmente, uma linha com atributos nos extremos (“*muito bom*” / “*muito mau*”)¹¹. Os inquiridos são instruídos para classificar cada uma das afirmações e é possível construir uma pontuação global adicionando as diferentes classificações atribuídas às diversas afirmações. O valor assim obtido constitui um indicador do posicionamento do inquirido face ao objeto de atitude proposto. Normalmente este tipo de procedimentos é conhecido por “*escala de Likert*” ou por “*escalas de adição*”¹¹.

Existe um generalizado consenso na definição publicada, em 1935, por Gordon Allport de que “*uma atitude é uma predisposição aprendida para reagir a um objeto ou classe de objetos em termos conscientemente favoráveis ou desfavoráveis*”¹¹.

Porém, alguns concordam com a ideia de que a atitude é uma predisposição aprendida para reagir e sugerem que, uma vez aprendida, o indivíduo também assimila diferentes formas de a exprimir. Outros acrescentam que ao decidir sobre o seu comportamento face a um objeto, os indivíduos têm em conta as pressões sociais e não apenas a sua atitude perante esse objeto¹¹. Neste contexto, defendem que a relação entre atitude e comportamento é mais forte quando o comportamento se expressa na esfera privada (respondendo a testes de autorresposta) do que quando ocorre em público (respondendo a entrevistas em público). Na esfera privada, ao expressar perspetivas socialmente reprováveis, os indivíduos não sentem tanto os efeitos de pressões e eventuais sanções sociais¹¹.

Muito raramente o ser humano se classifica como plenamente satisfeito consigo e com o seu nível de realização profissional e pessoal. A cada progresso alcançado, o ser humano mantém-se em estado de constante renovação. Quando ocorre uma estagnação avalia-se que algo foi interrompido, colocando-se em dúvida a plenitude da capacidade de aspiração do indivíduo. Vendo o comportamento humano em circunstâncias normais, a motivação é geralmente vista como sinónimo de forças psicológicas, desejos, impulsos, instintos, necessidades, vontades e intenções¹². Todo este conjunto tem uma conotação de movimento e ação. A motivação é assim algo sob a forma de energia interna ativa que faz com que os indivíduos empreendam ações para alcançar determinados objetivos.

Quando essa energia é libertada e o ser humano se torna capaz de realizar os objetivos desejados, os seus resultados são excelentes¹².

Os valores pessoais evoluem a partir do contacto com o mundo exterior e podem mudar ao longo do tempo. A integridade na aplicação dos valores refere-se à sua continuidade; as pessoas têm integridade se aplicam adequadamente os seus valores, independentemente dos argumentos negativos ou de reforços positivos. Nesta perspetiva, *“os valores são crenças e atitudes sobre a forma como as coisas deveriam ser e envolvem o que para nós é importante”*¹³. Os valores são adequados quando aplicados na área da ética e do direito. Por exemplo, é adequado aplicar valores religiosos nos momentos de felicidade, bem como nos momentos de desespero. *“Uma forma de medir os valores das pessoas é perguntar-lhes quais são os seus objetivos”*¹³. Os valores pessoais desenvolvidos muito cedo na vida podem ser mais resistentes à mudança. Deles derivam sistemas ou grupos específicos, tais como a cultura, a religião e o clube de futebol. No entanto, os valores não são universais, são de uma família, nação, geração e ajudam a determinar um ambiente histórico de valores pessoais. Prossegue-se com a influência dos valores nos nossos pensamentos, sentimentos e ações¹³. Isto não quer dizer que os valores e conceitos próprios não sejam universais, mas apenas que cada indivíduo possui uma única conceção deles, ou seja, um conhecimento pessoal dos valores adequados para os seus próprios genes, sentimentos e experiências.

7.2. ABORDAGEM QUANTITATIVA

Realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo, com componente analítica, através da aplicação de um questionário construído para o efeito, de acordo com a metodologia a seguir descrita, na área geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-C) (Dec-Lei nº 222/2007, de 29 de maio).

7.2.1. POPULAÇÕES E AMOSTRAS

O universo das populações a estudar são médicos de família e enfermeiros a trabalhar nos centros de saúde (CS) da área geográfica da ARS-C. Segundo a Divisão de Estatística da Direção de Serviços de Informação e Análise da Direção-Geral de Saúde (DGS), este universo era constituído por 1660 médicos e 1659 enfermeiros, no ano de 2005¹⁴.

Devido ao número de médicos e enfermeiros a estudar e à sua dispersão geográfica, o que levantava problemas de custos na realização da investigação, inteiramente suportada pelo investigador, houve necessidade de obter uma amostra que tivesse representatividade de toda a região. Por não haver indicadores primários, nem dados de estudos anteriores que permitissem calcular um número significativo, optou-se por uma amostragem de agrupamento¹⁵, com base geográfica no Distrito, que correspondia a cada uma das sub-regiões de saúde (SRS).

Assim, foram definidas as amostras das populações a estudar: médicos de família (especialistas de medicina geral e familiar e clínicos gerais com listas de utentes) e enfermeiros (especialistas e não especialistas) a trabalhar em 50% dos CS de cada SRS da ARS-C.

Os centros de saúde foram ordenados alfabeticamente, por sub-região de saúde, seguindo-se um sorteio, por números aleatórios, dos CS até perfazer os 50%.

No Quadro IV é apresentada a distribuição do número de CS por SRS, bem como do número de CS aleatorizados.

Quadro IV: Centros de saúde por sub-região de saúde, número total e número de aleatorizados

Sub-Região de Saúde	Nº CS	Nº CS Aleatorizados	% CS Aleatorizados
Aveiro	19	10	52,63%
Castelo Branco	11	6	54,54%
Coimbra	22	11	50,00%
Guarda	14	7	50,00%
Leiria	17	9	52,94%
Viseu	26	13	50,00%
Total	109	56	51,38%

Fonte: DGS – Centros de Saúde e Hospitais do SNS / 2005.

A aleatorização de Centros de Saúde acabou por determinar que mais de 50% dos CS fossem escolhidos, para se garantir o sorteio de pelo menos metade dos CS de cada Sub-Região de Saúde.

Nos Quadros V e VI são apresentadas as distribuições do número de médicos de família e de enfermeiros dos CS por SRS, bem como do número de médicos e enfermeiros pelos CS aleatorizados.

Quadro V: Médicos de família dos centros de saúde por sub-região de saúde, número total e número pelos CS aleatorizados

Sub-Região de Saúde	Nº Méd - CS	Nº Méd - CS Aleator	% Méd - CS Aleator
Aveiro	453	190	41,94%
Castelo Branco	151	105	69,54%
Coimbra	356	161	45,22%
Guarda	133	100	75,19%
Leiria	306	219	71,57%
Viseu	261	161	61,68%
Total	1660	936	56,38%

Fonte: DGS – Centros de Saúde e Hospitais do SNS / 2005 + Dados obtidos pelo autor nos serviços das SRS.

Quadro VI: Enfermeiros dos centros de saúde por sub-região de saúde, número total e número pelos CS aleatorizados

Sub-Região de Saúde	Nº Enf - CS	Nº Enf - CS Aleator	% Enf - CS Aleator
Aveiro	386	140	36,27%
Castelo Branco	184	99	53,80%
Coimbra	354	141	39,83%
Guarda	182	105	57,69%
Leiria	276	196	71,01%
Viseu	277	135	48,74%
Total	1659	816	49,19%

Fonte: DGS – Centros de Saúde e Hospitais do SNS / 2005 + Dados obtidos pelo autor nos serviços das SRS.

Verifica-se que a aleatorização de centros de saúde acabou por determinar a seleção de CS com um total de 936 (56%) dos médicos de família e 816 (49%) dos enfermeiros da área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro.

Foi solicitada a necessária autorização ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP para a realização do estudo e ainda que dessa autorização fosse dado conhecimento aos Diretores dos Centros de Saúde aleatorizados, o que aconteceu. O investigador contactou, então, pessoalmente ou pelo correio, os diretores dos centros de saúde aleatorizados, pedindo-lhes colaboração na distribuição dos questionários junto de todos os médicos de família e enfermeiros em serviço no seu CS, bem como na recolha e devolução dos questionários respondidos ao investigador.

Com a expectativa de uma taxa de resposta de cerca de 30% dos profissionais de saúde, esperava-se obter uma amostra de 280 médicos de família (16,9% do universo) e 245 enfermeiros (14,8% do universo).

7.2.2. VARIÁVEIS

Variável é uma palavra que deriva do latim “*variabilis*”, e que designa aquilo que pode variar; é sujeito a variação ou mudanças, mutável, que pode assumir qualquer um dos valores num conjunto de valores⁷, que se distribui por diferentes níveis ou que é de diferentes tipos e é oposto a uma constante¹.

Em investigação, variáveis são qualidades, características ou atributos de situações, pessoas ou objetos que variam, ou seja, assumem diferentes valores na população estudada, e podem ser classificadas em dependentes e independentes¹⁶.

De seguida vai-se desenvolver os conceitos e a forma como serão medidas as variáveis. A sua conceção e operacionalização são essenciais para que a hipótese científica seja passível de refutação empírica¹⁷.

7.2.2.1. VARIÁVEL DEPENDENTE

“Atitudes éticas dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários”.

Para medir a variável “atitudes éticas dos profissionais de saúde” foi adotada a *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*¹⁸ (anexo I).

7.2.2.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Parece pertinente analisar a possível influência de algumas variáveis socioprofissionais sobre a variável dependente, isto é, em que medida é que a idade, o sexo, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região de saúde a que se pertence e o facto de se trabalhar em área urbana ou rural influenciam as atitudes éticas dos profissionais de saúde, nas relações com os pacientes e suas famílias, nas relações interprofissionais e interpares e na gestão/organização do centro de saúde. Nesse sentido, estabeleceu-se como variáveis independentes a idade, o sexo, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região de saúde e a área de trabalho (apêndice 1). Será conveniente referir a forma como foram operacionalizadas.

Idade

No sentido de quantificar a idade dos inquiridos, recolheu-se os dados no questionário através de uma questão aberta. Os dados obtidos foram posteriormente agrupados em 5 classes (“20-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60-69”) com as quais se trabalhou na análise descritiva.

Sexo

No sentido de quantificar o sexo dos inquiridos, recolheu-se os dados no questionário através de uma questão fechada com 2 alternativas de resposta: “masculino, feminino”.

Profissão

No sentido de quantificar a profissão dos inquiridos, recolheu-se os dados no questionário através de uma questão fechada com 2 alternativas de resposta: “médico, enfermeiro”.

Número de anos de profissão

No sentido de quantificar o número de anos de profissão dos inquiridos, recolheu-se os dados no questionário através de uma questão aberta. Os dados obtidos foram posteriormente agrupados em 5 classes (“< 5, 5-14, 15-24, 25-34 e > 34”) com as quais se trabalhou na análise descritiva.

Sub-Região

No sentido de quantificar a sub-região de saúde a que pertencem os inquiridos, recolheu-se os dados no questionário através de uma questão fechada com 6 alternativas de resposta: “Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu”.

Área de trabalho

No sentido de quantificar a área demográfica onde os inquiridos trabalham habitualmente, considerando o maior número de horas semanais, recolheu-se os dados no questionário através de uma questão fechada com três alternativas de resposta: “urbana, rural, semiurbana”. Não foi apresentada qualquer definição destes conceitos, pelo que eles foram qualificados pelos próprios inquiridos.

7.2.3. ESTUDO ESTATÍSTICO

A metodologia estatística utilizada foi a estatística descritiva com o recurso a frequências, médias, medianas e desvios padrão, e a estatística analítica com o recurso a testes paramétricos como o teste t de *Student* e análises de variância como o teste f de ANOVA e não paramétricos como o teste de Mann-Whitney e o coeficiente de Spearman. Foi ainda usada a análise *post-hoc* LSD. Para avaliar a normalidade da escala recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov e para a sua fiabilidade e consistência interna usou-se o teste Alpha de Cronbach.

Os dados foram inicialmente transcritos para uma folha Excel. A base de dados assim criada foi validada para verificar se não continha dados discrepantes ou incongruentes e posteriormente analisada pelo programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 para Windows¹⁹.

7.3. ABORDAGEM QUALITATIVA

Como o estudo foi desenvolvido através da aplicação de um questionário de autorresposta a médicos e enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), optou-se por juntar à escala de atitudes éticas, referida no ponto 6.2.2.1., a descrição de três casos problema, retirados da bibliografia, procurando refletir um problema de relacionamento entre profissionais de saúde/paciente, um de relacionamento interprofissionais e um de problemas de gestão/organização do sistema de saúde, bem como solicitar uma resposta escrita a três questões (*“que problemas éticos lista nesta situação”*; *“o que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso”*; *“e porquê”*), pedindo-se que o inquirido descrevesse a sua atitude perante cada caso.

Seguiu-se esta opção para aprofundar o conhecimento dos fundamentos das atitudes éticas dos médicos e enfermeiros expressas nas respostas escritas através de uma análise qualitativa. Essas respostas foram assim objeto de análise categorial ou temática, que é uma das técnicas da análise de conteúdo²⁰.

O tratamento descritivo constitui o primeiro momento do procedimento. O seu interesse não se resume à descrição dos conteúdos, mas àquilo que eles podem ensinar após serem organizados e codificados. A *“intenção da análise de conteúdo é alcançar através de indicadores, qualitativos ou não, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou eventualmente de receção de comunicações”*²⁰. No entanto, a análise de conteúdo não visa o estudo da língua ou da linguagem, mas sim a determinação das condições de produção dos textos, que são o seu objeto. Portanto, o fundamento da especificidade da análise de conteúdo reside na articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada, e os fatores que determinam as características encontradas, deduzidos logicamente²⁰.

Segundo o referencial adotado²⁰, os procedimentos básicos da análise de conteúdo incluem a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. A pré-análise é a fase de organização do material em que se especifica o campo no qual o investigador deve fixar a sua atenção. Na fase da descrição analítica, o material empírico é codificado, classificado e categorizado. Já na interpretação inferencial procura-se o estabelecimento de relações entre os resultados do material empírico e a realidade social, assumindo-se, no entanto, que a realidade nunca pode ser totalmente compreendida e que a investigação só permite uma aproximação a essa realidade.

As motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, entre outras, podem ser obtidas das respostas a questões abertas em questionários, em entrevistas, em registos de reuniões de grupos, em comunicações de massa, etc. e podem frequentemente ser analisadas por temas²⁰.

Assim, considerando o tema do presente estudo – a ética em cuidados de saúde primários – e a técnica utilizada para a recolha de dados (questões abertas num questionário de autorresposta) considerou-se adequada a análise temática, dentro da análise de conteúdo²⁰. Como unidade de registo foram considerados os problemas identificados e as propostas de solução efetuadas pelos profissionais inquiridos, e como unidade de conteúdo os trechos das respostas escritas que os descreviam.

Cada resposta, escrita pelo profissional inquirido, foi lida para identificação dos problemas apontados e das soluções propostas. O conjunto dos problemas e soluções listadas passou para uma grelha de categorias fundamentada sobre os conteúdos. Considerou-se a frequência dos temas extraídos do conjunto das respostas, considerados dados segmentáveis e comparáveis²⁰.

A categorização é a operação de classificação dos elementos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo a analogia com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de unidades de registo sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. O critério de categorização pode ser temático, e neste trabalho considerou-se como categorias as teorias éticas em estudo, assim todos os temas que reportavam para o cuidado foram agrupados na categoria “*ética do cuidado*”. Empregou-se, portanto, um processo de categorização em que as categorias foram previamente estabelecidas e os elementos encontrados no conteúdo das respostas distribuídos por elas. Este é o chamado “*procedimento por caixas*”²¹. Assim, as respostas escritas pelos inquiridos foram lidas na procura de elementos que as permitissem distribuir pelas correntes éticas que se considerou serem importantes para os cuidados de saúde primários.

Isto porque uma das características da análise qualitativa é o facto da inferência, que é sempre realizada, se fundar na presença do “*índice*” (tópicos ou ideias) em cada resposta individual²⁰. Assim, a simples presença do “*índice*” na resposta permitiu inferir que o inquirido estava a considerar a corrente ética em questão para resolver o caso problema proposto.

No processo de análise, as respostas escritas nos questionários foram copiadas para ficheiros Word e Excel (apêndice 2). Pela leitura das respostas dadas para cada uma das três perguntas de cada um dos casos e perante a presença dos índices referidos no quadro II (pág. 100), foram agrupadas em cinco categorias **Ética principialista**, **Ética das virtudes**, **Ética do cuidado**, **Ética casuística** e **Ética profissional** e escritas numa folha Excel. Numa segunda fase, as categorias atribuídas às respostas dadas a cada um dos casos foram lidas e reagrupadas numa das cinco categorias em análise, se da maioria das 3 respostas dadas se inferisse que prevalecia uma das categorias; ou então era agrupada na categoria **Mista**, que se refere à utilização de várias categorias, não prevalecendo nenhuma (apêndice 3). Na análise descritiva aparece a categoria “sem resposta”, que se refere à não existência de resposta ao caso.

7.4. RECOLHA DE DADOS

Todas as ciências naturais, assim como todas as ciências sociais, têm por base investigações empíricas, em que se fazem observações para se compreender melhor o fenómeno a estudar, e podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas²¹.

A investigação empírica assenta na recolha de dados elementares, relativos a entidades com características variáveis que, ao serem tratados, analisados e interpretados conduzem à produção de informação. Essa informação pretende responder a questões que são o ponto de partida de qualquer projeto de investigação²².

7.4.1. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Existem vários tipos de instrumentos de recolha de dados disponíveis, sendo necessário selecionar aquele que melhor se adapta ao estudo, população, objetivos e recursos disponíveis. Neste estudo, optou-se pela utilização de um questionário de autorresposta.

Um questionário é um processo estruturado de recolha de informação, uma série de questões ou afirmações ordenadas sobre um determinado assunto¹. O autopreenchimento do questionário significa que se requer uma interferência mínima entre o inquiridor e o inquirido, e que pode ser feito sem a presença do avaliador. Em saúde, muitas investigações, principalmente se exigem grande quantidade de inquiridos, são realizadas com questionários de autopreenchimento. Verificou-se que este tipo de preenchimento não produzia resultados diferentes, em amostras da mesma população, entre os que respondiam na presença do investigador e os que respondiam em casa com devolução posterior do questionário¹.

O questionário utilizado neste estudo (apêndice 4) foi dividido em três partes. A primeira incluiu seis itens (A a F), sobre os aspetos socioprofissionais de caracterização do inquirido: a idade, o sexo, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região e a área de trabalho.

A segunda parte, (P1 a P31), incluiu a Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento elaborada por José Carlos Martins, através da qual se

avaliou as atitudes éticas dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários. Esta escala foi construída através de um estudo com doentes oncológicos¹⁸. Foi validada num estudo que mediu as atitudes de enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra²³. Trata-se de uma escala tipo Likert com 31 itens distribuídos entre a dimensão informação (19 itens) e a dimensão consentimento (12 itens) (anexo 1). A escala satisfaz os critérios de validade e de fiabilidade apresentando no teste Alpha de Cronbach valores de consistência interna elevados: 0,549 na dimensão informação e 0,629 na dimensão consentimento, com 0,681 no global da escala. Para a utilização da escala foi obtida a autorização do seu autor.

A terceira parte foi constituída pela descrição de três casos problema, (I a III), retirados da bibliografia, que abordavam problemas relativos: ao relacionamento entre profissionais de saúde/paciente; ao relacionamento interprofissional; e à organização do centro de saúde. Cada um destes problemas incluía a solicitação de resposta escrita a três questões (“que problemas éticos lista nesta situação”; “o que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso”; “e porquê”), em que se pedia ao inquirido que descrevesse a sua atitude perante cada caso.

I) O primeiro caso²⁴: *“O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços”.*

II) O segundo caso²⁵: *“Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afetiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar diretamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas”.*

III) O terceiro caso²⁶: *“F., de 46 anos de idade, foi à consulta aberta/complementar do centro de saúde, por não ter médico de família, tal como mais de 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no centro, queixando-se de desconforto num dos seios.*

A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma mamografia a ser efetuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no centro de saúde, é necessário a sua referenciação ao hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respetivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo centro de saúde e voltar para punção-biopsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biopsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares”.

Estudo Piloto

A utilização do instrumento de recolha de dados deve ser precedida de um estudo piloto (pré-teste), que é fundamental para assegurar a validade e precisão do instrumento de recolha de dados e verificar se a metodologia utilizada não tem problemas.

Assim, efetuou-se a aplicação do questionário a um grupo de profissionais de saúde de cuidados de saúde primários, por forma a identificar todos os problemas que poderiam vir a surgir, possíveis falhas quanto à clareza, à quantidade e à forma das perguntas e ainda quanto ao seu ordenamento.

O estudo foi realizado tendo por base as respostas de médicos de família presentes no 23º Encontro Nacional de Clínica Geral, realizado em Vilamoura de 8 a 11 de março de 2006. Foram distribuídos 500 questionários entre os 2.300 presentes, tendo sido recolhidos 56 questionários corretos e completamente preenchidos²⁷.

7.4.2. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

Antes de se iniciar a aplicação do questionário, foi pedido, à Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João, do Porto, a elaboração de um parecer para a realização do estudo proposto (apêndice 5); e ao conselho diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, a necessária autorização para a realização do mesmo; e ainda que dessa autorização fosse dado conhecimento aos diretores dos centros de saúde aleatorizados, o que aconteceu (apêndice 6). Tendo sido obtida a autorização solicitada através do ofício nº 3735 de 7 de março de 2007.

Foram contactados, pessoalmente ou pelo correio (apêndice 7), os diretores dos centros de saúde (CS) aleatorizados, pedindo-lhes colaboração na distribuição dos questionários junto de todos os médicos de família e dos enfermeiros em serviço no seu CS e na recolha e devolução dos questionários respondidos ao investigador.

O questionário era antecedido de um termo de responsabilidade (apêndice 8), em que o investigador solicitava a colaboração no preenchimento do questionário; garantia a confidencialidade dos dados recolhidos, referindo que os mesmos seriam unicamente utilizados para fins de investigação no âmbito da sua tese de doutoramento em Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro e passíveis de publicação, no todo ou em parte, em revistas médicas ou de saúde; que seria elaborado um relatório da investigação efetuada para a Administração Regional de Saúde do Centro; e apresentava os objetivos da investigação. Referia ainda que a resposta ao questionário era facultativa, e que o seu preenchimento era considerado como expressão de consentimento presumido em participar na investigação.

Em junho de 2007, já com o estudo em andamento e a recolha de dados iniciada, o investigador tomou conhecimento da Deliberação nº 227/2007ⁱ da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde. Pela análise exposta no apêndice 9, considera-se que o presente estudo cumpre os fundamentos da Deliberação nº 227/2007, apesar de não se ter solicitado, nem previamente nem à *posteriori*, autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, por este estudo não fazer

ⁱ Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2007/htm/del/del227-07.htm>. [acedido em 13-06-2007].

tratamento de dados pessoais, mas unicamente tratar anonimamente a opinião dos inquiridos.

O questionário do estudo foi então aplicado nos centros de saúde previamente aleatorizados (quadro IV, pág. 126) da Administração Regional de Saúde do Centro, entre maio e dezembro de 2007. Este longo período para a recolha de dados ficou a dever-se à necessidade que o investigador teve de se deslocar a muito centros de saúde da região para motivar os profissionais de saúde a responderem ao questionário.

7.5. TRIANGULAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

Triangulação é uma abordagem metodológica que contribui para a validade dos resultados de uma investigação quando vários métodos, fontes, teorias são empregues²⁸.

O termo triangulação é originário das ciências de topografia e navegação, e refere-se ao método para determinar a posição de um ponto usando observações de dois pontos adicionais²⁹. A triangulação foi originalmente usada nas ciências sociais e de saúde por psicólogos quantitativos através do uso de vários testes para medir os mesmos constructos procurando a sua "*validade convergente*"²⁹. Desde então, tem sido empregue numa ampla gama de pesquisas relacionadas com as ciências sociais e de saúde, como a ciência política, o serviço social, a enfermagem, a saúde pública e a promoção da saúde. Esse interesse reflete a crença de que a triangulação leva a uma compreensão multidimensional das complexas questões da saúde²⁸.

Independentemente do fundo disciplinar dos investigadores ou do problema em análise, o principal objetivo do processo de triangulação é aumentar a validade da investigação, aumentando a probabilidade de que os resultados encontrados e as interpretações são críveis e de confiança. Explorando a convergência (acordo dos dados), complementaridade (nova informação) e dissonância (discordância entre os resultados)²⁸.

Os investigadores podem empregar diversas abordagens quer para a colheita de dados, quer para confirmar ou não resultados de pesquisas anteriores. O pressuposto subjacente é que a validade dos resultados da investigação é reforçada se as diferentes abordagens metodológicas produzirem resultados convergentes sobre o mesmo domínio empírico²⁸. Os investigadores podem ainda aumentar a validade por triangulação de várias abordagens para formar uma imagem mais completa do assunto em análise. Através da complementaridade das várias fontes de dados, pode-se expor múltiplas dimensões de uma mesma questão de pesquisa e, assim, aumentar o nível de entendimento²⁸. Como resultado da triangulação, os investigadores também podem encontrar dissonância nas conclusões; ou seja, duas ou mais fontes de dados que integrem um problema de pesquisa podem produzir divergências inexplicáveis, que podem assim levar a uma rejeição de hipóteses formuladas. Achados dissonantes podem ser considerados construtivos se eles servirem como ponto de partida para a criação de uma nova hipótese ou para uma compreensão com mais nuances²⁸.

Baseados no exposto pode-se afirmar que foi a busca de uma melhor compreensão da questão em estudo, atitudes de profissionais de saúde perante problemas éticos em centros de saúde, que justificou a triangulação de métodos. Houve dois componentes importantes na avaliação:

Um estudo qualitativo, em que, perante a resposta escrita a três casos problema, se procurou analisar as categorias éticas presentes nas atitudes de profissionais de saúde em cuidados de saúde primários, no contexto das relações com os pacientes, das relações interprofissionais e interpares e da organização do centro de saúde.

E um estudo quantitativo, em que, pela aplicação da escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento¹⁸, se procurou analisar as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos que visam a autonomia do paciente e analisar as relações existentes entre algumas características sociodemográficas dos profissionais de saúde e as suas atitudes.

Procurou-se, assim, pelos resultados qualitativos e quantitativos deste estudo, obter nova informação através de cada uma das metodologias usada (complementaridade), avaliando se havia acordo entre os dados (convergência) e estando atento a algumas discordância entre os resultados (dissonância).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Ribeiro JL. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora/Livpsic; 2007.

² Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.

³ Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2^a ed. Loures: Lusociência, 2002.

⁴ Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2: 7-12.

⁵ Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9^a edição. São Paulo: Hucitec; 2006.

⁶ Fetters MD, Brody H. The epidemiology of bioethics. *Journal of Clinical Ethics*. 1999; 10(2): 107-115.

⁷ Houaiss A, Vilar M. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa: Círculo de Leitores; 2002.

⁸ Wilson GD. Atitudes. In: Eysenck HJ, Wilson GD. Manual de psicologia humana. Coimbra: Almedina; 1986.

-
- ⁹ Lima ML. Atitudes. In: Vala J, Monteiro MB. (editores). *Psicologia Social*. 3ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997.
- ¹⁰ Gleitman H. *Psicologia*. 3ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1998.
- ¹¹ Foddy W. Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta Editora; 1996.
- ¹² Bergamini CW. *Psicologia aplicada à administração de empresas: Psicologia do comportamento organizacional*. 4ª edição. São Paulo: Atlas; 2005.
- ¹³ Santrock JW. *A Topical Approach to Life-Span Development*. 4rd edition New York: McGraw-Hill; 2007.
- ¹⁴ Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Estatística. *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2005*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2006.
- ¹⁵ Cardoso SM. *Notas epidemiológicas*. Coimbra: Faculdade de Medicina - Instituto de Higiene e Medicina Social; 1998.
- ¹⁶ Fortin MF. *O processo de investigação*. Loures: Lusociência; 1999.
- ¹⁷ Aguiar P. *Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
- ¹⁸ Martins JC. – Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2003; 8:49-62.
- ¹⁹ Statistical Package for the Social Sciences, version 15.0, SPSS INC, 2006.
- ²⁰ Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70; 2013.
- ²¹ Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
- ²² Ramos V. Quais os métodos e processos de recolha de dados? In: Silva EE. (editor). *Investigação passo a passo - Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica*. Lisboa: APMCG; 2008. p. 61-67.
- ²³ Martins JC. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*. 2004; 12:15-26.
- ²⁴ Zoboli EL. *Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. p. 33.
- ²⁵ Loff A. *Relações interprofissionais*. In: Neves MCP, Pacheco S. (editor). *Para uma Ética da Enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2004. p. 428-429.
- ²⁶ Serrão D. *Relações entre profissionais de saúde e instituições* In: Neves MCP. (editor). *Comissões de ética: Das bases teóricas à atividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 469-470.
- ²⁷ Simões JA, Martins JC. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2007; 3:315-330.
- ²⁸ Farmer T, Robinson K, Elliot SJ, Eyles J. Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. *Qualitative Health Research*. 2006; 16(3): 377-394.
- ²⁹ Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validity by the multitrait, multimethod matrix. *Psychological Bulletin*. 1959; 56: 81-105.



**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES** **ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.**

FASE III

8. RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO

Participaram do estudo qualitativo 107 profissionais de saúde, sendo 78 do sexo feminino (72,9%) e 29 do sexo masculino (27,1%), dos quais 56 eram médicos (52,3%) e 51 enfermeiros (47,7%). As características socioprofissionais são apresentadas no quadro VII.

Quadro VII: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características socioprofissionais

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	78	72,9
Masculino	29	27,1
Idade		
20 – 29 anos	3	2,8
30 – 39 anos	24	22,4
40 – 49 anos	26	24,3
50 – 59 anos	52	48,6
60 – 69 anos	2	1,9
Profissão		
Médico	56	52,3
Enfermeiro	51	47,7
Sub-Região		
Aveiro	23	21,5
Castelo Branco	23	21,5
Coimbra	34	31,8
Guarda	8	7,5
Leiria	14	13,1
Viseu	5	4,7
Área de Trabalho		
Urbana	55	51,4
Rural	16	15,0
Semiurbana	36	33,6

Da análise do quadro IX verifica-se que para o caso I, que reflete um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, 40,2% das respostas foram consideradas na categoria **Ética principialista**, 23,4% na categoria **Ética do cuidado**, 11,2% na categoria **Ética das virtudes** e 10,3% foram respostas **Mista**, em que nenhuma das categorias consideradas prevaleceu nas 3 questões. Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissionais, verifica-se que 44,9% das respostas foram consideradas na categoria **Ética profissional**, 18,7% na categoria **Ética do cuidado** e 14% foram respostas **Mista**. Por fim, para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, verifica-se que 31,8% das respostas foram consideradas na categoria **Ética principialista**, 28% na categoria **Ética profissional**, 14% na categoria **Ética casuística** e 7,5% foram respostas **Mista**.

Quadro VIII: Categorias das respostas aos casos apresentados

	Caso I		Caso II		Caso III	
	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	43	40,2	10	9,3	34	31,8
Ética das virtudes	12	11,2	3	2,8	6	5,6
Ética do cuidado	25	23,4	20	18,7	3	2,8
Ética casuística	7	6,5	1	0,9	15	14,0
Ética profissional	7	6,5	48	44,9	30	28,0
Mista	11	10,3	15	14,0	8	7,5
Sem resposta	2	1,9	10	9,3	11	10,3
Total	107	100,0	107	100,0	107	100,0

No quadro IX são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o sexo dos respondentes.

Quadro IX: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o sexo

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ét.principialist	11	37,9	32	41,0	1	3,4	9	11,5	6	20,7	28	35,9
Ét.virtudes	4	13,8	8	10,3	1	3,4	2	2,6	3	10,3	3	3,8
Ét.cuidado	5	17,2	20	25,6	4	13,8	16	20,5	0	0,0	3	3,8
Ét.casuística	1	3,4	6	7,7	0	0,0	1	1,3	5	17,2	10	12,8
Ét.profissional	5	17,2	2	2,6	14	48,3	34	43,6	11	37,9	19	24,4
Mista	2	6,9	9	11,5	7	24,1	8	10,3	2	6,9	6	7,7
Sem resposta	1	3,4	1	1,3	2	6,9	8	10,3	2	6,9	9	11,5
Total	29	100	78	100	29	100	78	100	29	100	78	100

Verifica-se que, para o caso I, 37,9% das respostas dos homens e 41% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria **Ética principialista**; para a categoria **Ética do cuidado** foram consideradas 25,6% das respostas das mulheres e 17,2% das respostas dos homens; é ainda de referir que 17,2% das respostas dos homens foram consideradas na categoria **Ética profissional** e só 2,6% das respostas das mulheres o foram. Para o caso II verifica-se que 48,3% das respostas dos homens e 43,6% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria **Ética profissional**; 20,5% das respostas das mulheres e 13,8% das respostas dos homens foram consideradas na categoria **Ética do cuidado**; e 11,5% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria **Ética principialista** e só 3,4% das respostas dos homens o foram. Por fim, para o caso III verifica-se que 37,9% das respostas dos homens foram consideradas na categoria **Ética profissional** e 35,9% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria **Ética principialista**; 17,2% das respostas dos homens e 12,8% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria **Ética casuística**.

No quadro X são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão dos respondentes.

Quadro X: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Méd		Enf		Méd		Enf		Méd		Enf	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ét.principialist	22	39,3	21	41,2	3	5,4	7	13,7	10	17,9	24	47,1
Ét.virtudes	7	12,5	5	9,8	1	1,8	2	3,9	3	5,4	3	5,9
Ét.cuidado	12	21,4	13	25,5	11	19,6	9	17,6	1	1,8	2	3,9
Ét.casuística	4	7,1	3	5,9	1	1,8	0	0,0	11	19,6	4	7,8
Ét.profissional	5	8,9	2	3,9	25	44,6	23	45,1	20	35,7	10	19,6
Mista	5	8,9	6	11,8	11	19,6	4	7,8	5	8,9	3	5,9
Sem resposta	1	1,8	1	2,0	4	7,1	6	11,8	6	10,7	5	9,8
Total	56	100	51	100	56	100	51	100	56	100	51	100

Constata-se que para o caso I, 39,3% das respostas dos médicos e 41,2% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria **Ética principialista**; para a categoria **Ética do cuidado** foram consideradas 25,5% das respostas dos enfermeiros e 21,4% das respostas dos médicos; é ainda de referir que 12,5% das respostas dos médicos

e 9,8% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria **Ética das virtudes**. Para o caso II, verifica-se que 44,6% das respostas dos médicos e 45,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria **Ética profissional**; 19,6% das respostas dos médicos e 17,6% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria **Ética do cuidado**; e 13,7% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria **Ética principialista** e só 5,4% das respostas dos médicos o foram. Por fim, para o caso III verifica-se que 35,7% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria **Ética profissional** e 47,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria **Ética principialista**; 19,6% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria **Ética casuística** e só 7,8% das respostas dos enfermeiros o foram.

No quadro XI são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área de trabalho dos respondentes.

Quadro XI: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área de trabalho

	Caso I			Caso II			Caso III		
	Urb	Rural	Semi	Urb	Rural	Semi	Urb	Rural	Semi
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
É.princ	21 38,2	3 18,8	19 52,8	3 5,5	2 12,5	5 13,9	17 30,9	5 31,3	12 33,3
É.virt	4 7,3	5 31,3	3 8,3	2 3,6	1 6,3	0 0,0	2 3,6	2 12,5	2 5,6
É.cuid	14 25,5	5 31,3	6 16,7	12 21,8	1 6,3	7 19,4	3 5,5	0 0,0	0 0,0
É.cas	4 7,3	0 0,0	3 8,3	1 1,8	0 0,0	0 0,0	5 9,1	3 18,8	7 19,4
É.prof	3 5,56	2 12,5	2 5,6	25 45,5	8 50,0	15 41,7	18 32,7	4 25,0	8 22,2
Mista	8 14,5	1 6,3	2 5,6	11 20,0	1 6,3	3 8,3	7 12,7	0 0,0	1 2,8
Sem	1 1,8	0 0,0	1 2,8	1 1,8	3 18,8	6 16,7	3 5,5	2 12,5	6 16,7
Total	55 100	16 100	36 100	55 100	16 100	36 100	55 100	16 100	36 100

Urb=Área urbana; Rural=Área rural; Semi=Área semiurbana
 É.princ=Ética principialista; É.virt=Ética das virtudes; É.cuid=Ética do cuidado; É.cas=Ética casuística; É.prof=Ética profissional

Para o caso I, 38,2% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 52,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria **Ética principialista**; para os profissionais que trabalham em área rural, embora em número mais reduzido, verifica-se que 31,3% (n=5) das respostas foram consideradas nas categorias **Ética das virtudes** e **Ética do cuidado** e só 18,8% (n=3) foram consideradas na categoria **Ética principialista**. Para o caso II, verifica-se que

45,5% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana, 50% das respostas dos que trabalham em área rural e 41,7% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria **Ética profissional**; 21,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 19,4% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria **Ética do cuidado** e só 6,3% das respostas dos profissionais que trabalham em área rural o foram. Por fim, para o caso III verifica-se que 32,7% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana foram consideradas na categoria **Ética profissional** e 31,3% das respostas dos que trabalham em área rural e 33,3% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria **Ética principialista**.

No quadro XII são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário dos respondentes. Por só haver 4 respostas no grupo etário dos 20 aos 29 anos foram juntas ao grupo dos 30 aos 39 anos. Assim como só havia 2 respostas no grupo etário acima dos 59 anos foram juntas ao grupo dos 50 aos 59 anos, tendo sido analisados 3 grupos etários.

Quadro XII: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário

	Caso I						Caso II						Caso III					
	< 40		40-49		> 49		< 40		40-49		> 49		< 40		40-49		> 49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É.princ	12	44,4	9	34,6	22	40,7	6	22,2	2	7,7	2	3,7	11	40,7	12	46,2	11	20,4
É.virt	2	7,4	5	19,2	5	9,3	0	0,0	2	7,7	1	1,9	4	14,8	1	3,8	1	1,9
É.cuid	6	22,2	7	26,9	12	22,2	4	14,8	5	19,2	11	20,4	1	3,7	0	0,0	2	3,7
É.cas	2	7,4	2	7,7	3	5,6	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	7,4	1	3,8	12	22,2
É.prof	1	3,7	1	3,8	5	9,3	10	37,0	12	46,2	26	48,1	5	18,5	6	23,1	16	35,2
Mista	3	11,1	2	7,7	6	11,1	4	14,8	2	7,7	9	16,7	1	3,7	4	15,4	3	5,6
Sem	1	3,7	0	0,0	1	1,9	3	11,1	3	11,5	4	7,4	3	11,1	2	7,7	6	11,1
Total	27	100	26	100	54	100	27	100	26	100	54	100	27	100	26	100	54	100

< 40=Idade inferior a 40 anos; 40-49=Idade compreendida entre os 40 e os 49 anos inclusive;
> 49=Idade superior a 49 anos

É.princ=Ética principialista; É.virt=Ética das virtudes; É.cuid=Ética do cuidado; É.cas=Ética casuística; É.prof=Ética profissional

Verifica-se para o caso I que foram consideradas na categoria **Ética principialista** 44,4% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 34,6% das respostas dos

profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 40,7% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; na categoria **Ética do cuidado** foram consideradas 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 26,9% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 22,2% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos. Para o caso II foram consideradas na categoria **Ética profissional** 37,0% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 48,1% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; foram consideradas na categoria **Ética principialista** 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos; e 19,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos; e 20,4% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos foram ainda consideradas na categoria **Ética do cuidado**. Por fim, para o caso III verifica-se que 40,7% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos foram consideradas na categoria **Ética principialista**; enquanto para os profissionais com mais de 49 anos se verifica que 35,2% das respostas foram consideradas na categoria **Ética profissional** e 22,2% das respostas foram consideradas na categoria **Ética casuística**.

Somando o total de respostas pelas categorias dos casos, apresentadas no quadro VIII (pág. 146), verifica-se que 87 respostas desenvolvem os problemas éticos pela categoria **Ética principialista**, 85 pela categoria **Ética profissional**, 48 pela categoria **Ética do cuidado**, 23 pela categoria **Ética casuística** e 21 respostas pela categoria **Ética das virtudes**.

Nas respostas do caso I é possível identificar uma posição em certa medida autoritária de alguns médicos e enfermeiros, quando estes profissionais apontam os seguintes problemas éticos nas relações com o paciente: *“Investir no ensino do utente. Procurar diminuir o ‘gasto’ de recursos”* (questionário (q.) 2); *“A perturbação da unidade de saúde que se irá refletir no atendimento de outros utentes, igualmente com os mesmos direitos. Até que ponto o médico e a enfermeira podem deixar de valorizar e atender os pedidos frequentes do utente”* (q. 6); *“Problemas de acessibilidade aos cuidados. Problemas relacionados com a comunicação paciente versus equipa de saúde. Problemas relacionados com motivação dos profissionais de saúde e de equidade de cuidados”* (q. 8);

“Desrespeito pela decisão do doente, necessidade de lhe dar tempo para se adaptar à situação de saúde dentro dos limites aceites e normas estabelecidas” (q. 62).

Nos cuidados de saúde primários (CSP) não são raras as práticas perpetuadoras da dependência do paciente, em vez de se procurar a promoção da sua autonomia e cidadania. *“Quebra de compromisso de atendimento qualificado do doente. Utilização do serviço público de saúde sem respeito pela sociedade e cidadania”* (q. 65) Isso é percorrer o caminho da beneficência paternalista com os seus traços de superproteção e, em certa medida, de autoritarismo como descreve a atitude de *“Continuar a investir no doente os seus conhecimentos médicos para o compensar, se não conseguirem, enviá-lo aos cuidados diferenciados hospitalares para internamento e compensação”* (q. 101).

Na enfermagem, esta atitude reveste-se de uma nuance particular, pois o processo do trabalho da enfermagem é marcado pela uso de protocolos e por rotinas de cuidados e procedimentos que, supostamente, respondem às necessidades de quase todos os pacientes, isto na maioria das vezes. *“Explicar as normas e regras de funcionamento do serviço. Educar o utente no sentido de encaminhar as suas necessidades de forma integrada e que não perturbem o funcionamento do serviço e não colidam com os interesses dos outros utentes”* (q. 107) É bastante comum os enfermeiros aplicarem os cuidados dispensados a uma pessoa ou a um grupo numa rotina pré-estabelecida, não importando se ela é, ou não, congruente com as condições de quem procura ou precisa dos seus cuidados. *“Os profissionais deveriam estabelecer com o utente uma relação eficaz para que o utente entendesse a sua responsabilidade, adequando o consumo de cuidados de saúde à sua situação, não atrapalhando a boa qualidade dos cuidados prestados por parte dos profissionais”* (q. 133).

O respeito pela autonomia pode ser uma exigência demasiado elevada, pelo que o modelo praticado por alguns profissionais de saúde dos CSP aproxima-se de uma negociação em relação às normas e rotinas. *“Tentar conversar com o doente e envolvê-lo no controle, vigilância e tratamento das suas patologias - corresponsabilizá-lo pelo sucesso/fracasso dessas terapêuticas e fazê-lo entender que a equipa vai ajudá-lo mas que ele não pode ter o exclusivo da atenção e que existem outros utentes a necessitar de cuidados”* (q. 28) ou pelo *“Estabelecimento de um plano terapêutico conjunto (equipa de saúde/utente/família) com compromisso de todos na sua implementação”* (q. 7).

Algumas das resoluções recomendadas para o caso II evidenciam uma mistura das categorias **Ética profissional**, **Ética do cuidado** e **Ética principialista**, como se evidencia nas seguintes respostas:

- “Primeiro era confrontar a colega com o seu problema proporcionando-lhe toda a disponibilidade para a ajudar e fazendo-lhe ver quais são as consequências na prestação dos cuidados sob o efeito do álcool e as consequências para a equipa. Segundo reunir com o familiar do doente, que fez a participação, não para retirar a participação mas para haver uma explicação no sentido de ‘limpar o nome’ da equipa de saúde” (q. 6);

- “Que procurasse cuidados médicos de apoio para poder manter a sua prática profissional adequada. Aos colegas, que quem fosse mais próximo a abordasse e ajudasse a ser ajudada” (q. 9);

- “Em 1.º lugar apoio da colega, em 2.º lugar proposta de ajuda terapêutica, 3.º lugar pedido de apoio a quem estivesse em melhor situação para na fase inicial poder ajudar a corrigir a situação” (q. 11);

- “Necessidade de preservar a privacidade da colega versus necessidade de assegurar os cuidados aos seus utentes” (q. 22).

Algumas das respostas para o caso III evidenciam que os profissionais de saúde ao discutirem os casos éticos reais não revelam nenhum modelo de tomada de decisão sequenciada, do tipo passo a passo. Ao invés disso, evidenciam uma abordagem multifacetada, que se move dos dados e factos para as alternativas e consequências, incorporando valores pessoais, visões de mundo, princípios da Bioética, como se constata pelas seguintes respostas:

- “A 1.ª médica deveria pedir que voltasse no dia em que estivesse de novo na consulta. Poderia marcar uma consulta para si própria. O relatório da mamografia não foi adequado. A doente deveria ser encaminhada de ‘urgência’ para serviço especializado. Qual o sistema de marcação para os utentes sem médico?” (q. 2);

- “Penso que nada há a fazer, a reestruturação, o bom funcionamento, tem que ser mais profundo, começar nas direções das instituições e acabar nos funcionários que trabalham no terreno. Infelizmente todos os dias existem situações como estas” (q. 6);

- “Que frequentassem um curso sobre medicina baseada no paciente. Se situação grave, eventualmente cada profissional deve responsabilizar-se pelo trajeto até ao diagnóstico” (q. 9);

- “Atitude correta em termos diagnósticos, com pedidos, sem necessidade de complicações e, há sempre maneira, de ‘tratar’ rapidamente a situação. Atenção às deslocações nas zonas rurais, que atrasam o diagnóstico. Existem códigos de conduta que devem estar sempre presentes. ‘Sentir o utente” (q. 11).

Em síntese, os profissionais de saúde que responderam às questões abertas do questionário, analisadas no estudo qualitativo, utilizaram na tomada de decisão perante os problemas éticos apresentados, atitudes principalmente justificadas pelas categorias **Ética principialista** e **Ética profissional**, embora também recorram a justificações da categoria **Ética do cuidado** e, em menor número, das categorias **Ética casuística** e **Ética das virtudes**.

9. RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO

Os resultados deste estudo quantitativo abrangem 163 questionários devidamente preenchidos, o que representou uma taxa de resposta muito baixa (9,3%) dos profissionais de saúde dos centros de saúde da Região Centro. A amostra em estudo ficou constituída por 121 indivíduos do sexo feminino e 42 do sexo masculino, o que representa 74,2% e 25,8% respetivamente.

As principais características socioprofissionais da amostra são apresentadas no quadro XIII (pág. 158). A média de idades foi de 45,8 anos e a mediana situou-se nos 48 anos. O desvio padrão foi de 9,09 anos. O indivíduo mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 61 anos. Por sexo, a média de idades para as mulheres foi de 44,5 anos e a mediana situou-se nos 44 anos. O desvio padrão foi de 9,12 anos. A mulher mais nova tinha 23 anos e a mais idosa 61 anos. A média de idades para os homens foi de 49,9 anos e a mediana situou-se nos 52 anos. O desvio padrão foi de 7,80 anos. O homem mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 58 anos. Quando agrupados por grupos etários, verificou-se que predominaram os grupos etários 50-59 anos (44,2%) e 40-49 anos (28,2%). Os grupos menos numerosos foram os dos 20-29 anos (3,7%) e dos 60-69 anos (1,2%).

Profissionalmente, verifica-se que a amostra foi constituída por 77 médicos (47,2%) e por 86 enfermeiros (52,8%). Por profissões, a média de idades para os médicos foi de 50,8 anos e a mediana situou-se nos 52 anos. O desvio padrão foi de 6,78 anos. O indivíduo mais novo tinha 30 anos e o mais idoso 61 anos. A média de idades para os enfermeiros foi de 41,4 anos e a mediana situou-se nos 41 anos. O desvio padrão foi de 8,56 anos. O indivíduo mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 61 anos.

Quanto à sub-região a que pertencem, verifica-se que 31 indivíduos da amostra pertenciam a Aveiro (19,0%), 49 a Castelo Branco (30,1%), 48 a Coimbra (29,4%), 20 a Leiria (12,3%), 10 à Guarda (6,1%) e por fim, só 5 indivíduos eram de Viseu (3,1%).

Quanto à área de trabalho, 83 indivíduos consideraram que trabalhavam em meio urbano (50,9%), 26 em meio rural (16,0%) e 54 referiram que trabalhavam num meio semiurbano (33,1%).

Quadro XIII: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características socioprofissionais

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	121	74,2
Masculino	42	25,2
Idade		
20 – 29 anos	6	3,7
30 – 39 anos	37	22,7
40 – 49 anos	46	28,2
50 – 59 anos	72	44,2
60 – 69 anos	2	1,2
Profissão		
Médico	77	47,2
Enfermeiro	86	52,8
Sub-Região		
Aveiro	31	19,0
Castelo Branco	49	30,1
Coimbra	48	29,4
Guarda	10	6,1
Leiria	20	12,3
Viseu	5	3,1
Área de Trabalho		
Urbana	83	50,9
Rural	26	16,0
Semiurbana	54	33,1

De acordo com os dados obtidos, pode-se constatar que os respondentes apresentam uma atitude de concordância em relação aos itens inquiridos com uma média de resposta de 3.99, com um mínimo de 3.07 e um máximo de 4.80 (quadro XIV). As respostas podiam variar numa escala de Likert, entre um e cinco, representando o valor “um” a discordância completa e o valor “cinco” a concordância completa (em relação ao item).

Quadro XIV: Estatística descritiva relativa às atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes

	Escala
Nº de itens	31
Média	3.99
Mediana	3.93
Desvio Padrão	0.36
Variância	0.13
Mínimo	3.07
Máximo	4.80

Testando as hipóteses formuladas:

H_1 – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro).

Verificou-se que a média das pontuações foi superior no grupo de médicos (quadro XV). Como a variável da pontuação da escala não seguiu uma distribuição normal, nos grupos profissionais, teve que se aplicar o teste não paramétrico Mann-Whitney. Estatisticamente rejeita-se a hipótese nula ($p < 0.5$). Pode assim concluir-se que as atitudes perante problemas éticos nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias são influenciáveis pela profissão. Considerando como mais firme a obtenção de pontuações superiores na avaliação feita através da aplicação da escala, pode considerar-se como mais firmes as atitudes éticas dos médicos face aos enfermeiros perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes.

Quadro XV: Atitudes éticas dos inquiridos segundo a profissão

	Média da pontuação na escala	Teste Mann-Whitney
Médicos (n=77)	4.02	
Enfermeiros (n=86)	3.96	$p = 0.031$

H₂ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo sexo (masculino ou feminino).

Constatou-se que a média das pontuações para a escala foram iguais nos dois sexos = 3.99. Estatisticamente não se rejeita esta hipótese nula. Conclui-se, assim, que as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes não são influenciáveis pelo sexo.

H₃ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade.

Como nenhuma das variáveis seguiu uma distribuição normal, aplicou-se o coeficiente de Spearman que tem um valor de teste de 0.059 (correlação positiva fraca), associado a um valor p de 0.257 (Gráfico 1). Deste modo, não se rejeita esta hipótese nula. Conclui-se, assim, que as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes não são influenciáveis pela idade.

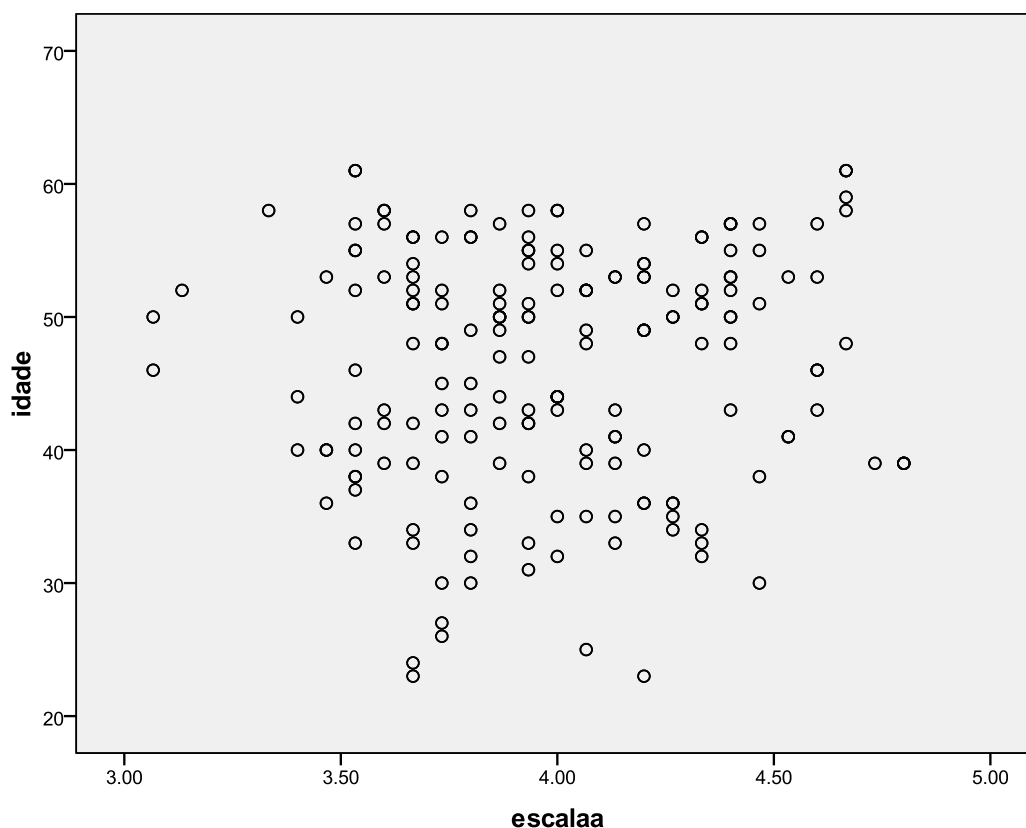


Gráfico 1: Atitudes éticas dos inquiridos segundo a idade

H₄ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo número de anos de profissão.

Como nenhuma das variáveis seguiu uma distribuição normal, aplicou-se o coeficiente de Spearman, que tem um valor de teste de 0.111 (correlação positiva fraca), associado a um valor p de 0.033 (Gráfico 2). Assim, não se rejeita esta hipótese nula. Conclui-se que as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes não são influenciáveis pelo número de anos de profissão.

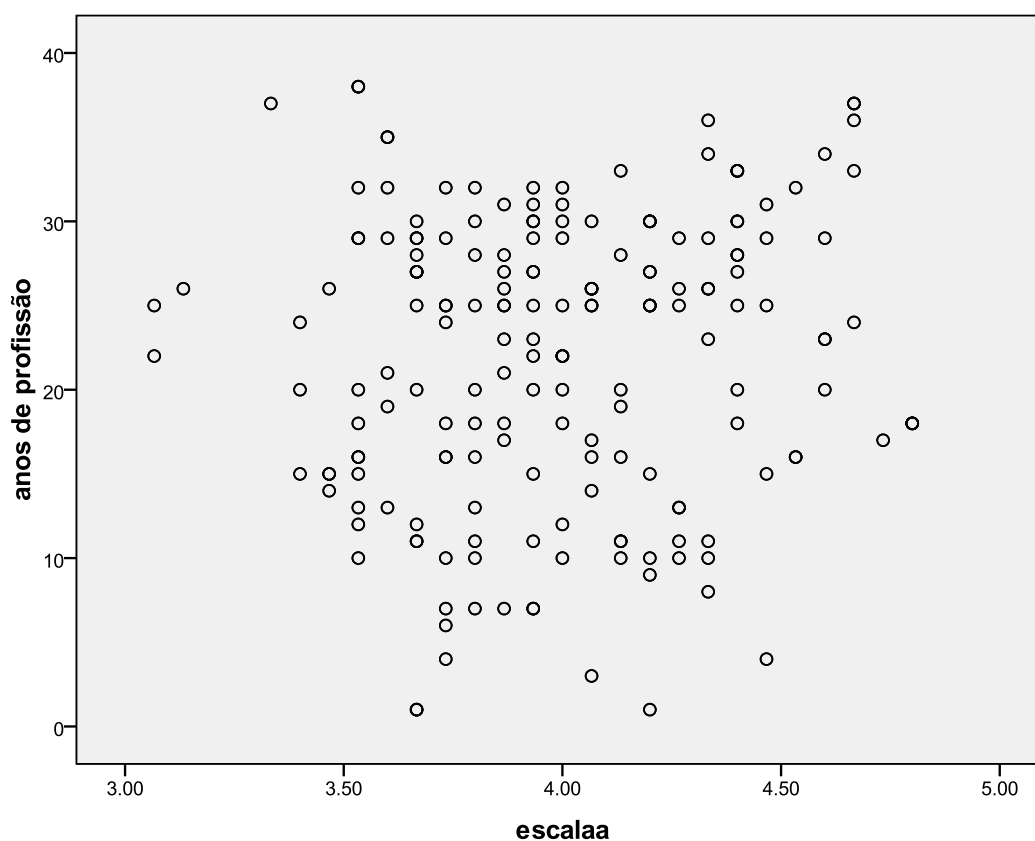


Gráfico 2: Atitudes éticas dos inquiridos segundo o número de anos de profissão

H₅ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela sub-região em que trabalham (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu).

Verificou-se que a média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que trabalham na sub-região de Viseu e inferior nos que trabalham na sub-região de Castelo Branco (quadro XVI). Como a variável da pontuação da escala não segue uma distribuição normal em todas as subamostras, aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Estatisticamente rejeita-se a hipótese nula ($p < 0.001$). Pode assim concluir-se que as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes são influenciáveis pela sub-região em que trabalham. Considerando como mais firme a obtenção de pontuações superiores na avaliação feita através da aplicação da *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, pode considerar-se como mais firmes as atitudes éticas nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro e menos firmes nas sub-regiões de saúde de Leiria e Castelo Branco.

Quadro XVI: Atitudes éticas dos inquiridos em função da sub-região de saúde a que pertencem

	Média da pontuação na escala	Teste Kruskal-Wallis
Aveiro	4.03	p < 0.001
Castelo Branco	3.88	
Coimbra	4.01	
Guarda	3.99	
Leiria	3.92	
Viseu	4.29	

H₆ – As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela área geográfica em que trabalham (urbana, rural, semiurbana).

Detetou-se que a média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que trabalham em zona urbana (quadro XVII). Como a variável da pontuação da escala não segue uma distribuição normal em todas as subamostras, aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Estatisticamente rejeita-se a hipótese nula ($p < 0.001$). Pode-se assim concluir que as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes são influenciáveis pela área geográfica em que trabalham. Considerando como mais firme a obtenção de pontuações superiores na avaliação feita através da aplicação da *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, pode considerar-se como mais firmes as atitudes éticas dos profissionais que declararam trabalhar em área urbana.

Quadro XVII: Atitudes éticas dos inquiridos em função da área geográfica em que trabalham		
	Média da pontuação na escala	Teste Kruskal-Wallis
Urbana	4.06	
Rural	3.92	
Semiurbana	3.92	$p < 0.001$

Em síntese, constatou-se que 74,2% dos respondentes ao questionário são do sexo feminino, predominando o grupo etário dos 50-59 anos, com 44,2% dos indivíduos estudados. Por sub-região, pertencem a Aveiro 19,0% dos respondentes, 30,1% a Castelo Branco, 29,4% a Coimbra, 6,1% à Guarda, 12,3% a Leiria e só 3,1% a Viseu. Os inquiridos apresentaram uma atitude de concordância face aos itens da escala, apresentando uma média de respostas de 3.99, com um mínimo de 3.07 e um máximo de 4.80. As médias das pontuações relativas aos médicos (4.02) foram superiores às médias dos enfermeiros (3.96) e estatisticamente significativas ($p = 0.031$). Não houve diferença nas médias relativas aos indivíduos segundo o sexo (3,99). As atitudes éticas dos profissionais de

saúde não foram influenciadas pela idade e número de anos de profissão dos respondentes. Houve diferenças, pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, altamente significativas ($p < 0,001$) entre as médias da escala e a sub-região de saúde a que pertencem os profissionais de saúde. A média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que declararam trabalhar em zona urbana (4.06) em relação aos que declararam trabalhar em zona rural ou semiurbana (3.92). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0.001$).

10. DISCUSSÃO

Nos capítulos anteriores foram apresentados os resultados obtidos no trabalho de campo efetuado para a presente tese, que foi constituído por um estudo observacional, de tipo descritivo, situando-se no âmbito da ética descritiva não normativa¹, usando uma triangulação de métodos², ao incorporar numa única investigação métodos quantitativos e qualitativos, que se mostrou adequada ao contexto do estudo efetuado.

O trabalho de campo iniciou-se, em março de 2006, com uma primeira aplicação³ da escala, anteriormente construída por José Carlos Martins⁴, aos médicos de família e desenvolveu-se através da aplicação de um questionário (apêndice 4) nos centros de saúde (CS) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-C), que previamente haviam sido aleatorizados (quadro IV, pág. 126), entre maio e dezembro de 2007. A recolha de dados foi bastante demorada porque a adesão inicial, através do contato postal para os CS, foi reduzida. No final de junho existiam 75 questionários corretamente preenchidos. Contudo, passados três meses, em outubro, existia o mesmo número de questionários, pelo que o investigador teve que se deslocar a vários dos CS da região para motivar os profissionais de saúde a responderem ao questionário.

Havia uma expectativa inicial de uma taxa de resposta de cerca de 30% dos profissionais de saúde, pelo que se esperava obter uma amostra de 525 indivíduos, com 280 MF e 245 enfermeiros. Só foi possível obter, para este trabalho, um total de 163 indivíduos que responderam à primeira e segunda partes do questionário (estudo quantitativo), sendo 77 MF e 86 enfermeiros, o que representa 9,3% dos profissionais de saúde dos CS aleatorizados, e 31% da expectativa inicial. Este facto limita a generalização dos resultados ao universo do estudo. No entanto, permite considera-los como preliminares e indicadores de possíveis tendências. Em relação à terceira parte do questionário (estudo qualitativo) só foram recebidas respostas, a todas ou a algumas das perguntas abertas, de 107 dos 163 indivíduos participantes no estudo, sendo 56 MF e 51 enfermeiros.

Neste estudo qualitativo (capítulo 8), verifica-se pela soma do total de respostas apresentadas no quadro VIII, pág. 146, que 87 foram classificadas na categoria **Ética principialista**, 85 na categoria **Ética profissional**, 48 respostas na categoria **Ética do cuidado**, 23 respostas na categoria **Ética casuística** e 21 respostas na categoria **Ética das virtudes**. Pelo que se pode afirmar que os profissionais de saúde, que responderam

às questões abertas do questionário, utilizaram na tomada de decisão perante os problemas éticos apresentados, atitudes principalmente justificadas pelas categorias **Ética principialista** e **Ética profissional**, embora também recorram a atitudes da categoria **Ética do cuidado** e, em menor número, das categorias **Ética casuística** e **Ética das virtudes**.

Pelas respostas ao caso I, que reproduz um problema ético muito comum e próprio dos cuidados de saúde primários (CSP), o paciente que não cumpre e perturba a rotina do serviço, observou-se que a maioria das respostas foi atribuída à categoria **Ética principialista** seguida pela **Ética do cuidado** (quadro VIII, pág. 146); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IX, pág. 146); quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro X, pág. 147); quer nos diferentes grupos etários (quadro XII, pág. 149); e apenas na área de trabalho é que surgiram diferenças (quadro XI, pág. 148). Nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido e só na área rural é que as categorias maioritárias foram a **Ética do cuidado** e a **Ética das virtudes** com a mesma percentagem de respostas.

É curioso notar que haja menos enfermeiros que médicos na categoria **Ética das virtudes** (quadro X, pág. 147), uma vez que o modelo da “*enfermeira virtuosa*”⁵ é um dos que marca a construção histórico-social da enfermagem. Isto talvez possa ser motivado pelo facto dos enfermeiros, nos últimos tempos, virem a desenvolver um processo de avaliação da sua independência como profissionais de saúde e de revisão coletiva e crítica da natureza dos seus papéis, atividades e responsabilidades profissionais⁵.

Foi possível identificar nas respostas ao caso I uma posição em certa medida autoritária de alguns profissionais de saúde nas relações com o paciente. Isto remete para as dificuldades encontradas no contexto dos cuidados de saúde para se efetivar o respeito pela autonomia dos pacientes, devidas à sua condição dependente e à atitude autoritária dos profissionais de saúde¹. Nos cuidados de saúde primários (CSP) não são raras as práticas perpetuadoras da dependência do paciente, em vez de se procurar a promoção da sua autonomia e cidadania. Isso é percorrer o caminho da beneficência paternalista com os seus traços de superproteção e, em certa medida, de autoritarismo.

Na enfermagem, esta atitude reveste-se de uma nuance particular, pois o processo do trabalho da enfermagem é marcado pela uso de protocolos e por rotinas de cuidados e procedimentos que, supostamente, respondem às necessidades de quase todos os pacientes, isto na maioria das vezes⁶. É bastante comum os enfermeiros aplicarem os

cuidados dispensados a uma pessoa ou a um grupo numa rotina pré-estabelecida, não importando se ela é, ou não, congruente com as condições de quem procura ou precisa dos seus cuidados⁶.

Parece que se instala o “*paternalismo burocrático*”⁶, no qual as normas, os procedimentos e as rotinas determinam o que deve ser feito, não importando o que é melhor ou mais indicado, ou ainda, o que o paciente autonomamente solicita. Os pacientes são, então, rotulados de “*colaboradores*”⁶ e “*não colaboradores*”⁶, sendo que os primeiros, geralmente recebem os cuidados sem os questionar, ao passo que os segundos, de uma forma ou outra fazem-no.

Nas instituições onde as pessoas são admitidas contra a sua vontade, como as prisões, as violações ao princípio do respeito pela autonomia são explícitas¹. Contudo, naquelas onde a admissão é voluntária, este comprometimento das escolhas autónomas pelas regras, políticas e práticas da instituição, frequentemente, é subtil. Como exemplo, citam os lares para pessoas idosas, considerando que a liberdade dos residentes nestas instituições, para viverem de acordo com as suas preferências e planos de vida, deve ser balanceada com a proteção da sua saúde, a proteção dos interesses dos demais internados, a promoção da segurança e eficiência da instituição, e a alocação dos recursos escassos. Neste contexto, muitos contestam o respeito pela autonomia, afirmando que este configura uma exigência demasiado elevada para estas organizações e propõem, em lugar do consentimento informado, o “*consentimento negociado*”¹, que regula os deveres mútuos em vez dos direitos individuais¹. Esta alternativa é considerada como arriscada sem o estabelecimento de proteções claras à vulnerabilidade dos residentes¹.

Guardadas as devidas proporções, parece possível traçar um paralelo destas considerações com os cuidados de saúde prestados nos centros de saúde (CS), especialmente porque o contacto dos profissionais com o paciente, a exemplo do que ocorre nos lares, perdura por um longo período e o modelo de consentimento praticado por médicos e enfermeiros aproxima-se desta negociação em relação às normas e rotinas. Cabe aqui um alerta para a vulnerabilidade, pois também se observa nalgumas respostas, que o paciente é visto pelos profissionais de saúde como alguém que não conta com os outros quando recorre ao CS, o que lhe imprime alguma vulnerabilidade, quando deveria ser alvo de proteção, com vista a promover a sua autonomia e cidadania.

É claro que não se advoga com isto que os profissionais de saúde desprezem as rotinas que tão bem se prestam a organizar os serviços, melhorando o seu fluxo e o

processo do trabalho. O absurdo está na sua conversão em normas rígidas que ordenam as condutas. Isto talvez possa ser evitado se houver uma ponderação dos princípios da não maleficência e da beneficência pelos médicos e enfermeiros, embora no momento de prevenir os erros ou eliminar as condições que os possam provocar, o cumprimento de normas seja de grande importância.

Pelas respostas ao caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissional, neste caso um profissional de saúde dependente do álcool, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria **Ética profissional** seguida pela **Ética do cuidado** (quadro VIII, pág. 146); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IX, pág. 146); e quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro X, pág. 147). Na área de trabalho (quadro XI, pág. 148) e nos diferentes grupos etários (quadro XII, pág. 149) é que surgiram pequenas diferenças, não em relação à primeira categoria que se manteve, a **Ética profissional**, mas em relação à segunda. Nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido. Na área rural é que a segunda categoria foi a **Ética principialista**, embora o número de respostas tenha sido muito pequeno. O mesmo aconteceu com o grupo de menos de 40 anos, em que a segunda categoria também foi a **Ética principialista**.

Para a discussão dos resultados deste caso, recorda-se que os dilemas hipotéticos, graças à abstração da sua apresentação, afastam as pessoas da história e da psicologia, das suas próprias vidas individuais e separam o problema ético dos contextos sociais que o envolvem⁷. Ao fazerem isso, esses dilemas são úteis para verter e apurar os princípios objetivos da justiça e medir a lógica formal da igualdade e reciprocidade⁷. Entretanto, a reconstrução do dilema na sua particularidade contextual permite a compreensão da causa e da consequência, o que implica a compaixão e a tolerância observadas, nos seus estudos, e na distinção dos juízos morais que atribui às mulheres⁷. Somente quando se contextualiza as narrativas das pessoas hipotéticas é possível considerar a injustiça social que os seus problemas morais podem refletir e imaginar o sofrimento individual que a sua ocorrência pode implicar, ou que a sua resolução pode significar⁷. Isto talvez contribua para justificar a mistura das categorias **Ética profissional**, **Ética do cuidado** e **Ética principialista** que, de forma geral, norteia as respostas dadas.

Pelas respostas ao caso III, que reflete um problema de gestão, em que uma paciente sem médico de família, após percorrer o percurso do sistema de saúde só consegue que o seu problema de saúde seja resolvido com uma “*cunha*”, pode observar-se que a maioria das respostas foi atribuída à categoria **Ética principialista**, logo seguida pela **Ética profissional** (quadro VIII, pág. 146). No entanto, para este caso surgiram diferenças em todos os grupos. Assim, os homens privilegiaram a **Ética profissional** seguida pela **Ética principialista**, e ocorreu o inverso com as mulheres (quadro IX, pág. 146). Os médicos privilegiaram a **Ética profissional** seguida pela **Ética casuística**, enquanto os enfermeiros privilegiaram a **Ética principialista** seguida pela **Ética profissional** (quadro X, pág. 147). Os profissionais de saúde da área de trabalho urbana privilegiaram a **Ética profissional**, seguida pela **Ética principialista**. Todavia, ocorreu o inverso com os profissionais das áreas semiurbana e rural (quadro XI, pág. 148). Por grupos etários, os profissionais com menos de 50 anos privilegiaram a **Ética principialista**, seguida pela **Ética profissional**, enquanto os profissionais com mais de 49 anos privilegiaram a **Ética profissional**, seguida pela **Ética casuística** (quadro XII, pág. 149).

Com base em estudos empíricos, afirma que os profissionais de saúde ao discutirem os casos éticos reais não revelam nenhum modelo de tomada de decisão linear, do tipo passo a passo⁸. Ao invés disso, evidenciam uma abordagem multifacetada, não linear e integrada, que se move dos dados e factos para as alternativas e consequências, voltando para os dados, valores pessoais, visões de mundo, princípios da Bioética e, finalmente, uma escolha e a sua justificação.

As respostas aos questionários revelam, também, um aspeto importante do princípio da justiça¹, isto é, a distribuição dos bens e recursos de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas. Se no que respeita à alocação “*macro*”¹ são essenciais as políticas públicas, já na alocação “*micro*”¹ têm peso as normas internas dos CS que, muitas vezes, são determinadas pelos próprios profissionais unilateralmente.

A inclusão da categoria **Ética casuística**, neste último caso, ocorreu por alguns dos profissionais de saúde terem referido as suas experiências anteriores, assim como o raciocínio por paradigma e analogia.

Concluindo, as soluções propostas para os casos apresentados indicam que os médicos e enfermeiros que responderam aos questionários, de uma maneira geral, têm a preocupação de preservar os direitos individuais. Contudo, procuram fazê-lo de uma forma

que também proteja o vínculo da equipa com os pacientes, o que pode ser considerado como uma mistura das abordagens principialista e do cuidado.

Nesta junção ainda tem lugar o raciocínio por analogia e paradigma na análise dos problemas éticos, o que fica patente quando os inquiridos comparam os casos apresentados com outras situações semelhantes, vivenciadas por eles próprios ou por colegas. Entretanto, a utilização da casuística como um método na tomada de decisão face a problemas éticos no contexto dos cuidados de saúde primários, enfrenta limitações e requer a constituição de um reportório de casos que incorpore as diferentes circunstâncias e situações próprias deste nível de cuidados de saúde e que possam servir para paradigma e analogia.

Assim, neste estudo, as atitudes dos profissionais de saúde perante os problemas éticos apontados confirmam a ideia de que, nos cuidados de saúde primários, os problemas éticos são constituídos, de maneira geral, por preocupações do dia-a-dia. E não por situações críticas que requeiram soluções ponderadas, como as enfrentadas no contexto hospitalar. Situam-se, assim, na linha de uma “*ética das pequenas coisas*”⁹ ou de uma “*ética do quotidiano*”¹⁰.

No estudo quantitativo (capítulo 9), em termos de distribuição por sexo, detetou-se que 74,2% dos respondentes ao questionário são mulheres, o que está de acordo com a informação de que os efetivos da Saúde em Portugal são predominantemente mulheres¹¹ e de que para além da tradicional feminização da enfermagem, o mesmo está a ocorrer na medicina¹².

Outro dado que se pode considerar de acordo com o esperado é o facto de predominar o grupo etário dos 50-59 anos, com 44,2% dos indivíduos. Este facto confirma o problema de carência de médicos de família nos cuidados de saúde primários, por num curto prazo um grande número destes profissionais entrar na idade da reforma¹³. Aliás, a média de idades para os MF neste estudo é de 50,8 anos e a mediana situa-se nos 52 anos, enquanto a média de idades para os enfermeiros é de 41,4 anos e a mediana situa-se nos 41 anos.

Por sub-região verifica-se que pertencem a Castelo Branco 30,1% dos respondentes ao questionário, 29,4% a Coimbra, 19,0% a Aveiro, 12,3% a Leiria, 6,1% à Guarda e só 3,1% a Viseu. Em relação à aleatorização dos CS verifica-se que percentualmente as sub-regiões de Castelo Branco e Coimbra estão sobre representadas

nesta amostra, Aveiro e Leiria estão devidamente representadas, e Guarda e Viseu estão sub-representadas. Este facto ocorreu por ter havido uma boa participação dos profissionais dos centros de saúde de Castelo Branco e da Covilhã, e por o investigador trabalhar na sub-região de saúde de Coimbra, pelo que teve mais oportunidades para motivar os profissionais desta sub-região para o estudo.

De acordo com os dados obtidos e descritos no quadro XIV (pág. 157), constata-se que os inquiridos apresentam uma atitude de concordância face aos itens da escala, apresentando uma média de respostas no global da escala de 3.99, com um mínimo de 3.07 e um máximo de 4.80.

As médias das pontuações relativas aos médicos (4.02) são superiores às médias dos enfermeiros (3.96) e estatisticamente significativas ($p = 0.031$) (quadro XV, pág. 157), levando assim a concluir que as atitudes éticas dos profissionais de saúde são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro).

Na literatura revista (capítulo 5) encontraram-se estudos que apontam no sentido de que existem diferenças de atitude ética entre os enfermeiros e os médicos^{14,15,16,17,18,19}, outros estudos que referem que não existem diferenças^{20,21,22,23,24}, e ainda outros estudos que referem que não há diferenças no número de problemas identificados entre médicos e enfermeiros. Contudo, há diferenças no tipo de problemas identificados, ou seja, estas diferenças não ocorrem em virtude de haver diferença no compromisso ou na abordagem ética, mas em função da estrutura hierárquica da organização assistencial e dos papéis de médicos e enfermeiros, como prestadores de cuidados de saúde^{25,26}.

Também em Portugal se antecipa que apesar das divergências existentes entre estas duas profissões, o ensino da bioética tenderá a esbater progressivamente os diferentes *backgrounds* existentes na medicina e na enfermagem²⁷. Em larga medida porque, independentemente da corrente ética predominante e das tradições profissionais envolvidas, o referencial axiológico da bioética é a eminente dignidade da pessoa humana e a sua responsabilidade substantiva com os outros membros da comunidade moral no quadro de uma verdadeira solidariedade ontológica²⁸.

As médias relativas aos indivíduos do sexo masculino e feminino são idênticas (3,99), levando assim a concluir que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo sexo do profissional. Este resultado parece sugerir uma diminuição da importância relativa da “ética do cuidado” face às outras correntes éticas, nomeadamente

ao principalismo. Na literatura, dois estudos^{22,24} apoiam o resultado desta investigação. Somente, um estudo²⁹ aponta diferença de atitude ética devida ao sexo do profissional.

No presente estudo foi encontrada uma correlação positiva fraca na associação das atitudes éticas com a idade (gráfico 1, pág. 158) e o número de anos de profissão (gráfico 2, pág. 159), concluindo-se que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade e número de anos de profissão. No entanto, na literatura consultada, três dos estudos encontrados referem diferenças de atitude ética devido à idade^{30,31,32}.

A média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que declararam trabalhar em zona urbana (4.06) em relação aos que declararam trabalhar em zona rural ou semiurbana, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0.001$) (quadro XVII, pág. 161), levando assim a concluir que as atitudes éticas são mais firmes nos profissionais de saúde que trabalham em área urbana. Existe um estudo²⁹ que refere a existência de diferença nas atitudes éticas dos profissionais de saúde em função da área geográfica em que trabalham.

Pela leitura do quadro XVI (pág. 160), verifica-se que existem diferenças, pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, altamente significativas ($p < 0,001$) entre as médias da escala e a sub-região de saúde a que pertencem os profissionais de saúde. Pode-se afirmar que este é mesmo um dos dados estatisticamente mais significativos do estudo efetuado. Constatou-se, assim, que as atitudes éticas dos profissionais de saúde parecem ser “*mais firmes*” nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro e “*menos firmes*” nas sub-regiões de saúde de Leiria e Castelo Branco. No entanto, este facto deve ser ponderado com cautela porque se verificou um número muito baixo de respostas recebidas de Viseu.

Esta diferença de atitudes dos profissionais das diferentes sub-regiões deve-se ao facto de o estudo ter sido realizado antes da atual reforma dos cuidados de saúde primários e pode dever-se a estarmos perante estruturas organizativas distintas.

Em 1974, em pleno processo revolucionário, foram criadas as administrações distritais dos serviços médico-sociais, pela transferência dos serviços médico-sociais da Previdência para a Secretaria de Estado da Saúde com autonomia³³. Em 1982 estas foram transformadas em administrações regionais de saúde, de âmbito distrital, sendo a sua autonomia alargada. Em 1993, estas administrações foram denominadas sub-regiões de

saúde (SRS) e integradas nas administrações regionais de saúde de âmbito regional, mas mantiveram a sua autonomia³⁴.

De 1974 a 2007 as SRS criaram uma história e cultura muito próprias, o que pode explicar as diferenças encontradas neste estudo. As SRS acabaram por ser extintas com a entrada em funcionamento dos novos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) a 1 de março de 2009^{35,36}.

A reflexão ética no âmbito de uma organização implica a existência de certas condições, sendo que a principal é a própria “*comunidade moral*”³⁷ da organização. Isto é, o conjunto de normas morais comuns aos seus membros, porque as organizações mais não são do que a complexa articulação de interesses individuais que perseguem objetivos comuns. Mas devem fazê-lo respeitando a dignidade do cidadão e os seus direitos fundamentais. As práticas éticas desenvolvem-se a nível organizacional quando há: regras de jogo claras; práticas equitativas; remunerações justas; partilha do sucesso; cumprimento dos compromissos; e responsabilidade social^{37,38}.

Qualquer gestor enfrenta regularmente decisões problemáticas do ponto de vista ético e sobre as quais ele não tem controlo total. Decisões em que inevitavelmente pessoas são prejudicadas, em que os compromissos da organização e os objetivos de desempenho se confrontam com as necessidades individuais. Os gestores são frequentemente confrontados com questões que não se apresentam de uma forma simples, nem a sua resolução se limita a uma escolha fácil entre duas alternativas³⁷. Porém, têm que decidir em situações duvidosas, com interesses opostos, possuindo informações incompletas sobre as alternativas para a resolução do problema ético, gerando frequentemente conflitos de responsabilidade³⁷.

Perante este tipo de dificuldades, só existirão decisões éticas nas organizações se, em primeiro lugar, os gestores tiverem a capacidade de reconhecer dilemas éticos e, em seguida, de analisar as consequências das soluções alternativas. Assim, o propósito da reflexão ética no interior da organização não é mudar diretamente a natureza moral das pessoas, mas ajudar a tomar a melhor decisão possível. Deste modo, fica-se com a certeza de que, se não é a decisão certa, pelo menos é uma decisão refletida, responsável³⁷.

Perante a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) e a extinção das sub-regiões de saúde (SRS), face aos dados obtidos através do estudo desenvolvido, pode-se afirmar que em algumas SRS as práticas éticas eram “*mais firmes*”. Espera-se que a nova

organização dos CSP se alicerce numa “*plataforma ética*”³⁹ que para o sistema de saúde, tenha por base os seguintes princípios:

1. A equidade (igualdade equitativa de oportunidades) no acesso³⁹;
2. A solidariedade no financiamento³⁹;
3. A efetividade das intervenções (prática baseada na evidência)³⁹;
4. A eficiência na utilização dos recursos, nos planos macro e micro-económico³⁹.

A principal virtude da atual reforma é assentar no princípio de que sendo os CSP o núcleo do sistema de saúde deve garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados ao criar pequenas estruturas multiprofissionais prestadoras de cuidados. Neste contexto, são paradigma as unidades de saúde familiares (USF), dotadas de autonomia organizativa, técnica e funcional³⁹.

A pulverização aparente da rede de CSP, através da criação de inúmeras unidades funcionais, tende a esbater-se com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS). Estes agrupamentos são serviços de saúde constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde. Tendo amplas funções de coordenação, os ACeS não se limitam a desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados, mas abrangem outras áreas, tais como a vigilância epidemiológica e a investigação em saúde. Por fim, uma outra dimensão da reforma estrutural do sistema de saúde refere-se aos cuidados comunitários, continuados e paliativos. Trata-se, para além de estratégias preventivas em saúde, de promover os cuidados domiciliários, de modo que as pessoas permaneçam na sua residência sempre que possível³⁹.

Concluindo, as atitudes éticas dos médicos de família aparentam ser mais firmes de que as dos enfermeiros perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes. Aparentam ser mais firmes nos profissionais de saúde das sub-regiões de Viseu e Aveiro, e nos que trabalham em área urbana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2012.
- ² Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2^a ed. Loures: Lusociência, 2002.
- ³ Simões JA, Martins JC. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2007; 3: 315-330.
- ⁴ Martins JC. Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2003; 8: 49-62.
- ⁵ Veiga J. Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
- ⁶ Thompson IE, Melia K, Boyd K. Ética em enfermagem. 4^a edição. Loures: Lusociência; 2004.
- ⁷ Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
- ⁸ Pierce SF. A model for conceptualizing the moral dynamic in health care. *Nursing Ethics*. 1997; 4: 483-495.
- ⁹ Pérez-Fernández M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de "Ética y derecho médico". 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Disponível em: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>.
- ¹⁰ Antunes JL. A nova medicina. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.
- ¹¹ Martins J, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Carrolo M, Ferrinho P. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Parte I - Quantos somos e quem somos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2003;19(5): 513-517.
- ¹² Machado MCS. A feminização da medicina. *Análise Social*. 2003;38(166):127-37.
- ¹³ Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2^a edição revista e actualizada. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
- ¹⁴ Robillard HM, High DM, Sebastian JG, Pisaneschi JI, Perritt LJ, Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. *Journal of Community Health*. 1989; 14(1): 9-17.
- ¹⁵ Udén G, Norberg A, Lindseth A, Marhaug V. Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17(9): 1028-1034.
- ¹⁶ Grundstein-Amado R. Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. *J Adv Nurs*. 1992 Feb;17(2): 129-137.
- ¹⁷ Robertson DW. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. *J Med Ethics*. 1996 Oct;22(5): 292-299.
- ¹⁸ Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Åström S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002; 16(2): 149-156.
- ¹⁹ Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 2006; 7(1): 7.
- ²⁰ Silva LT, Zoboli EL, Borges AL. Bioética e atenção básica: Um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enfermagem*. 2006; 11(2): 133-142.
- ²¹ Rickard M, Kuhse H, Singer P. Caring and justice: a study of two approaches to health care ethics. *Nursing Ethics*. 1996; 3: 212-223.

-
- ²² Kollemorten I, Strandberg C, Thomsen BM, Wiberg O, Windfeld-Schmidt T, Binder V, et al. Ethical aspects of clinical decision-making. *Journal of Medical Ethics*. 1981; 7(2): 67-69.
- ²³ Gramelspacher GP, Howell JD, Young MJ. Perceptions of ethical problems by nurses and doctors. *Archives of Internal Medicine*. 1986; 146(3): 577-578.
- ²⁴ Gallagher A. Medical and nursing ethics: never the twain? *Nurs Ethics*. 1995 Jun;2(2): 95-101.
- ²⁵ Walker RM, Miles SH, Stocking CB, Siegler M. Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. *Journal of General Internal Medicine*. 1991; 6(5): 424-429.
- ²⁶ Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33: 707-715.
- ²⁷ Nunes R. Investigação e ensino da bioética em Portugal. In: Neves MdCP, editor. *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 103-108.
- ²⁸ Nunes R. Ética, bioética e responsabilidade. *Humanística e Teologia*. 1997;18(2-3): 279-290.
- ²⁹ Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the Unites States. *Social Science and Medicine*. 1991; 33(6): 647-653.
- ³⁰ Christie RJ, Hoffmaster CB, Bass MJ, McCracken EC. How family physicians approach ethical problems. *The Journal of Family Practice*. 1983; 16: 1133-1138.
- ³¹ Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Family Practice*. 2000; 17(2): 124-128.
- ³² Biton V, Tabak N. The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2003; 9(3): 140-157.
- ³³ Simões J. Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina; 2004.
- ³⁴ Simões JA. A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. *Acção Médica*. 2008; 72(2): 95-106.
- ³⁵ Decreto-Lei nº 28/2008. D.R. I Série. 38 (22-02-2008); 1182-1189.
- ³⁶ Portaria nº 274/2009. D.R. I Série. 54 (18-03-2009); 1720-1726.
- ³⁷ Brandão C. A ética empresarial e os fundos socialmente responsáveis. Porto: Vida Económica; 2004.
- ³⁸ Neves A. Gestão na administração pública. Alcabideche: Editora Pergaminho; 2002.
- ³⁹ Nunes R. Regulação da saúde. 2ª edição. Porto: Vida Económica; 2009.

CONCLUSÕES

No capítulo anterior foram discutidos os resultados obtidos na presente tese que tomou a forma de um estudo observacional, de tipo descritivo, com componente analítica, situando-se no âmbito da ética descritiva não normativa. Enquanto investigação empírica, usou uma triangulação de métodos, ao incorporar numa única investigação métodos quantitativos e qualitativos.

Este estudo desenvolveu-se com o propósito de identificar e comparar as atitudes éticas, a partir das respostas a um questionário de médicos e enfermeiros que trabalham em centros de saúde da área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro, e os fundamentos que utilizam na justificação para a tomada de decisão perante problemas éticos.

Em relação aos objetivos:

- Analisar as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde no contexto das relações com os pacientes em cuidados de saúde primários;
- Analisar as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde no contexto das relações interprofissionais e interpares em cuidados de saúde primários;
- Analisar as categorias éticas presentes nas atitudes éticas de profissionais de saúde na organização do centro de saúde.

Pode-se concluir que os profissionais de saúde estudados utilizaram, face a estes contextos, atitudes principalmente justificadas pelas categorias “*ética principialista*” e “*ética profissional*”, embora também recorram a justificações da categoria “*ética do cuidado*” e, em menor número, das categorias “*ética casuística*” e “*ética das virtudes*”.

Em relação aos objetivos:

- Analisar as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos que visam a autonomia do paciente;

- Analisar as relações existentes entre algumas características sociodemográficas dos profissionais de saúde e as suas atitudes.

Considerando-se “*mais firme*” a obtenção de valores superiores na avaliação feita através da aplicação da *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, pode-se concluir, para os profissionais de saúde estudados, o seguinte:

- As atitudes éticas dos médicos de família parecem ser mais firmes de que as dos enfermeiros perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes;
- As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo sexo (masculino ou feminino);
- As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade e número de anos de profissão;
- As atitudes éticas dos profissionais de saúde parecem ser mais firmes nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro;
- As atitudes éticas dos profissionais de saúde parecem ser mais firmes nos que trabalham em área urbana.

A principal limitação do presente estudo foi não ter conseguido uma adesão de participantes suficientemente representativa do universo estudado e garantir a aleatorização da amostra estudada.

Sendo esta uma primeira abordagem ao tema nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, ainda há muito para investigar neste campo em estudos posteriores. Considerando a recente mudança estrutural dos Centros de Saúde, seria importante repetir o presente estudo neste novo contexto.

Justificam-se ainda mais investigações que possibilitem aprofundar a bioética nos cuidados de saúde primários em que tradicionalmente existe uma prestação de cuidados de saúde mais holística, em que o foco é a pessoa ou a família e não a doença ou o sistema orgânico.



**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES** **ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.**

ANEXO

ANEXO 1

Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, elaborada por José Carlos Martins

		discordo completa- mente	discordo	indiferente	concordo	concordo completa- mente
1	Deve ser dito tudo ao doente sobre a sua doença					
2	Ao informar o doente, a linguagem deve preferir a clareza à precisão científica					
3	Deve ser respeitado o possível desejo do doente de não ser informado					
4	Deve dizer-se ao doente como se pensa que a sua doença irá evoluir					
5	Deve dizer-se ao doente o diagnóstico da sua doença					
6	A informação a transmitir ao doente deve limitar-se à resposta às suas dúvidas					
7	O doente deve ser informado sobre todos os tratamentos possíveis para a sua doença					
8	O doente deve ser informado sobre a gravidade da sua doença					
9	Ao doente deve ser dito tudo menos as partes mais desagradáveis da sua situação					
10	A família do doente deve ser sempre informada e posta ao corrente da situação					
11	A família deve ser informada sobre a situação do doente se este recusar receber essa informação					
12	Se o doente for ou estiver incapaz (estado de coma, doença mental, ...) a informação deve ser dada aos familiares					
13	Quando a doença é grave, o melhor é não dizer nada a ninguém					
14	Deve ser aconselhado ao doente o tratamento que à luz dos conhecimentos actuais seja preferível, com as devidas justificações					
15	Só devem ser transmitidas informações à família se o doente o desejar ou com a sua autorização					

Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, elaborada por José Carlos Martins (cont)

		discordo completa- mente	discordo	indiferente	concordo	concordo completa- mente
16	O doente só deve ser informado sobre o tratamento medicamente preferível e não sobre os outros					
17	A informação deve ser exacta, e para isso nada melhor que as palavras técnicas e científicas correctas, de forma a não deixar lugar para dúvidas					
18	Antes de qualquer exame, deve ser dito ao doente para que serve, os seus riscos e vantagens					
19	Quando a doença é grave, é preferível informar só a família					
20	O doente tem o direito de escolher o tratamento que mais se adequa a si próprio, ainda que a sua escolha não coincida com o tratamento cientificamente mais eficaz					
21	O doente (adulto e capaz), é o único que pode autorizar que sejam realizados exames de diagnóstico e tratamentos sobre o seu corpo					
22	A família também pode autorizar sobre a realização de exames e tratamentos no doente (adulto e capaz)					
23	O médico é que decide o tratamento a efectuar, devendo o doente acatar a sua decisão					
24	Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os exames necessários ao diagnóstico da sua doença					
25	Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessários para curar ou controlar a sua doença					
26	O acto de consentir deve ser único e específico para cada exame ou tratamento a realizar					
27	O acto de consentir necessita de ser sempre formalizado com a assinatura do doente					
28	Quando existe uma relação de confiança entre o doente e os profissionais, a palavra é suficiente para consentir					
29	O acto de consentir pressupõe a ampla informação do doente					
30	Se o doente é ou está incapaz (doença mental, coma, ...), é aos familiares que cabe consentir					
31	Para autorizar a realização de um exame ou tratamento não é necessário ter conhecimentos sobre ele					



**JOSÉ AUGUSTO
RODRIGUES SIMÕES** **ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.**

APÊNDICES

APÊNDICE 1

VARIÁVEIS A ESTUDAR

Objetivo	Questão	Nome da variável no ficheiro	Definição da variável	Tipo de variável	Escala de medida e gama de valores
Caracterizar a amostra	Idade	Idade	Número de anos completos de vida	Quantitativa	Razão
Caracterizar a amostra	Sexo	Sexo	Sexo do inquirido	Qualitativa	Dicotómica 1 - Masculino 2 - Feminino
Caracterizar a amostra	Profissão	Profissão	Profissão do inquirido	Qualitativa	Dicotómica 1 - Médico 2 - Enfermeiro
Caracterizar a amostra	Nº de anos na Profissão	Nº de anos	Número de anos completos na profissão	Quantitativa	Razão
Caracterizar a amostra	Sub-Região a que pertence	Sub-Região	Sub-Região a que pertence o inquirido	Qualitativa	Nominal 1 - Aveiro 2 - Castelo Branco 3 - Coimbra 4 - Guarda 5 - Leiria 6 - Viseu
Caracterizar a amostra	Trabalha em área urbana ou rural	Área	Trabalho em área urbana, rural ou semiurbana do inquirido	Qualitativa	Nominal 1 - Urbana 2 - Rural 3 – Semi-urbana
4, 5 e 6	Deve ser dito tudo ao doente sobre a sua doença	P1	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Ao informar o doente, a linguagem deve preferir a clareza à precisão científica	P2	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Deve ser respeitado o possível desejo do doente de não ser informado	P3	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Deve dizer-se ao doente como se pensa que a sua doença irá evoluir	P4	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Deve dizer-se ao doente o diagnóstico da sua doença	P5	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	A informação a transmitir ao doente deve limitar-se à	P6	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert

	resposta às suas dúvidas				
4, 5 e 6	O doente deve ser informado sobre todos os tratamentos possíveis para a sua doença	P7	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O doente deve ser informado sobre a gravidade da sua doença	P8	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Ao doente deve ser dito tudo menos as partes mais desagradáveis da sua situação	P9	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	A família do doente deve ser sempre informada e posta ao corrente da situação	P10	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	A família deve ser informada sobre a situação do doente se este recusar receber essa informação	P11	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Se o doente for ou estiver incapaz (estado de coma, doença mental, ...) a informação deve ser dada aos familiares	P12	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Quando a doença é grave, o melhor é não dizer nada a ninguém	P13	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Deve ser aconselhado ao doente o tratamento que à luz dos conhecimentos actuais seja preferível, com as devidas justificações	P14	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Só devem ser transmitidas informações à família se o doente o desejar ou com a sua autorização	P15	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert

4, 5 e 6	O doente só deve ser informado sobre o tratamento preferível e não sobre os outros	P16	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	A informação deve ser exacta, e para isso nada melhor que as palavras técnicas e científicas correctas, de forma a não deixar lugar para dúvidas	P17	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Antes de qualquer exame, deve ser dito ao doente para que serve, os seus riscos e vantagens	P18	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Quando a doença é grave, é preferível informar só a família	P19	Atitudes perante os direitos à informação	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O doente tem o direito de escolher o tratamento que mais se adequa a si próprio, ainda que a sua escolha não coincida com o tratamento cientificamente mais eficaz	P20	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O doente (adulto e capaz), é o único que pode autorizar que sejam realizados exames de diagnóstico e tratamentos sobre o seu corpo	P21	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	A família também pode autorizar sobre a realização de exames e tratamentos no doente (adulto e capaz)	P22	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O médico é que decide o tratamento a efectuar, devendo o doente acatar a sua decisão	P23	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os	P24	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert

	tratamentos necessário ao diagnóstico da sua doença				
4, 5 e 6	Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessários para curar ou controlar a sua doença	P25	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O acto de consentir deve ser único e específico para cada exame ou tratamento a realizar	P26	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O acto de consentir necessita de ser sempre formalizado com a assinatura do doente	P27	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Quando existe uma relação de confiança entre o doente e os profissionais, a palavra é suficiente para consentir	P28	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	O acto de consentir pressupõe a ampla informação do doente	P29	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Se o doente é ou está incapaz (doença mental, coma, ...), é aos familiares que cabe consentir	P30	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert
4, 5 e 6	Para autorizar a realização de um exame ou tratamento não é necessário ter conhecimentos sobre ele	P31	Atitudes perante os direitos ao consentimento	Qualitativa	Escala de Likert

Para o estudo dos objetivos 1, 2 e 3 serão apresentados três casos e colocadas três questões de resposta aberta.

Casos:

A) O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços¹.

B) Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afetiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar directamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas².

C) F., de 46 anos de idade, foi à Consulta Aberta/Complementar do Centro de Saúde, por não ter Médico de Família, tal como mais 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no Centro, queixando-se de desconforto num dos seios. A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma mamografia a ser efetuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no Centro de Saúde, é necessário a sua referenciação ao Hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respetivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo Centro de Saúde e voltar para punção-biópsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biópsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares³.

Questões de resposta aberta:

- Que problemas éticos lista nesta situação?
- O que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso?
- E porquê?

¹ Zoboli EL. Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003. Tese de doutoramento. p. 33.

² Loff A. Relações inter-profissionais. In: Neves MCP, Pacheco S. (editor). Para uma Ética da Enfermagem. Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2004. p. 428-429.

³ Serrão D. Relações entre profissionais de saúde e instituições. In: Neves MCP. (editor). Comissões de ética: Das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª edição revista e aumentada. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 469-470.

APÊNDICE 2

Neste anexo apresentam-se as respostas dos inquiridos aos casos apresentados na terceira parte do questionário do estudo.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
1	2	39	2	17	3	3	Pouca ou nenhuma adesão do utente às prescrições e conselhos da equipa de saúde. Dificuldade de aceitação por parte dos profissionais da actuação do doente	Firmeza no horário de atendimento ao doente, marcando horas precisas para o atender, não o deixando perturbar as rotinas do serviço. Abordar os seus problemas de uma forma mais "agressiva". Nunca deixar de fazer os ensinamentos pertinentes. Aceitar a não adesão do doente.	Mesmo sendo um doente difícil, tem o direito ao melhor atendimento. Deve-se exigir respeito da sua parte pelas normas de funcionamento do serviço. Aceitação da maneira de ser do doente, ser tolerante, melhorar as suas competências.						
2	1	51	1	30	3	1	Investir no ensino do utente. Procurar diminuir o "gasto" de recursos.	Idem	Limitada capacidade do utente em cumprir.	Mau procedimento da funcionária. Falta de acompanhamento e atenção em relação a ela.	Atenção, acompanhamento, ensino, protecção, ajuda.	Necessidade de compreensão. Necessário ajudar e reintegrar	A 1ª médica deveria pedir que voltasse no dia em que estivesse de novo na consulta. Poderia marcar uma consulta para si própria. O relatório da mamografia não foi adequado. A doente deveria ser encaminhada de "urgência" para serviço especializado. Qual o sistema de marcação para os utentes sem médico?	Profissionalismo, consciência, relevância pelo acto médico. Não negligência. Dedicção. Preocupação. Actuação calma e adequada.	Para protecção da saúde da utente. Para desempenho de acordo com as "legis artis". Evitar dolo e negligência.
5	2	57	2	32	3	1	Perturbação da rotina da unidade de saúde.	Planear com o utente datas específicas, para não perturbar e não dificultar as actividades e a rotina do serviço.	Para o utente ser bem acompanhado em relação à sua situação de saúde.	Comportamento da Enfª perante os utentes e colegas.	Tentar ajudar a Enfª e informar superiores.	Para que não haja queixas.	Tempo de espera. Pedido de ajuda a um médico "amigo".	Ajudá-la a resolver o problema o mais rápido possível.	Para que se detectasse mais rapidamente o problema da srª. Para que depois não fosse tarde de mais.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
6	2	3 5	2	1 1	3	3	A perturbação da unidade de saúde que se irá reflectir no atendimento de outros utentes, igualmente com os mesmos direitos. Até que ponto o médico e a enfermeira podem deixar de valorizar e atender os pedidos frequentes do utente.	Tentarem responsabilizar o utente pela sua doença. Esclarecer o utente que existem regras que devem ser respeitadas por todos com vista ao bom funcionamento e satisfação dos utentes.	Penso que todos devem colaborar na recuperação em caso de doença e também devem ser responsabilizados . Quem determina as regras de funcionamento de um serviço são as pessoas que nele trabalham e quem vem de fora (utentes) deve interiorizar essas regras, embora tendo opção de escolha.	A cumplicidade dos colegas de "camuflar" a situação, tendo repercussões no atendimento aos utentes. O direito dos utentes de serem atendidos por profissionais que prestem cuidados de qualidade. Falta de coragem dos colegas para confrontar a senhora Enfª e proporcionar-lhe ajuda.	Primeiro era confrontar a colega (senhora Enfª) com o seu problema proporcionando-lhe toda a disponibilidade para a ajudar e fazendo-lhe ver quais são as consequências na prestação dos cuidados sob o efeito do álcool e as consequências para a equipa. Segundo reunir com o familiar do doente, que fez a participação, não para retirar a participação, mas para haver uma explicação no sentido de "limpar o nome" da equipa de saúde.	Neste caso penso que o confronto iria levar a senhora Enfª a reflectir sobre o seu problema e talvez a possibilidade de ser "colocada de lado" a levasse a mudar de atitude e ter mais cuidado nas suas atitudes.	A demora na resposta das instituições ao problema da doente. O factor "cunha" que ainda continua a existir em serviços de saúde. De quem a responsabilidade da evolução do tumor da doente.	Os profissionais envolvidos penso que nada podem fazer, as instituições é que funcionam mal, não comunicam entre si. O filho da patroa que tinha um colega médico procedeu bem, e fez o que pode para ajudar.	Penso que nada há a fazer, a reestruturação, o bom funcionamento, tem que ser mais profundo, começar nas direcções das instituições e acabar nos funcionários que trabalham no terreno. Infelizmente todos os dias existem situações como estas.
7	1	4 5	2	2 0	3	3		Estabelecimento de um plano terapêutico conjunto (equipa de saúde/utente/família) com compromisso de todos na sua implementação.	Necessidade de estabelecer regras e responsabilidades partilhadas, afim de mudar atitudes e adoptar comportamentos adequados.						
8	1	3 6	1	1 0	1	1	Problemas de acessibilidade aos cuidados. Problemas relacionados com a comunicação paciente versus equipa de saúde. Problemas relacionados com motivação dos profissionais de saúde e de equidade de cuidados.	Atender ao ciclo de motivação/estadio de mudança comportamental do paciente e agir de acordo com o mesmo. Articular melhor com os restantes membros da equipa de saúde.	Para resolver o problema e melhorar os cuidados prestados.	Incapacidade profissional / responsabilidade individual e do grupo/equipa de saúde.	Esclarecer a situação em grupo e ponderar o incentivo para que a colega receba tratamento.	Há que tentar reabilitar a colega.	Acessibilidade aos cuidados. Equidade de cuidados.	Contactar os colegas pelo telefone / pessoalmente, de modo a tornar o processo mais célere.	Para tentar salvar vidas.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
9	2	4 2	1	1 6	5	1	Pedido excessivo de cuidados. Não controle / envolvimento do doente na melhoria do seu estado de saúde.	Que tentassem uma abordagem diferente. O médico tentar uma entrevista com o doente e "ir ao fundo" na sua situação, procurando descobrir o porquê deste pedido repetido de cuidados.	Parece-me que haverá uma razão oculta, ainda não identificada, para esta procura excessiva de cuidados.	Profissional doente pela dependência do álcool em serviço. Passividade da equipa que pode tornar-se cumplicidade.	A Enfª que procurasse cuidados médicos de apoio para puder manter a sua prática profissional adequada. Aos colegas, que quem fosse mais próximo da Enfª a abordasse e ajudasse a ser ajudada.	Porque o mais importante é resolver o problema da Enfª.	Atraso diagnóstico da situação, logo à partida passível de ser grave. Atraso em resolver uma situação clínica grave. O sistema deve centrar-se no doente, mas pode ser cego.	Que frequentassem um curso sobre medicina baseada no paciente. Se situação grave, eventualmente cada profissional deve responsabilizar-se pelo trajecto até ao diagnóstico.	Porque ser médico é ajudar os doentes.			
10	2	4 8	1	2 5	3	3	Falta de responsabilização do utente. Dificuldade na relação equipa/doente.	Definir bem as regras na atendimento ao utente. Fazer contractos de compromisso com o utente.	Para tentar melhorar a resposta ao doente, uma vez que se trata de um doente de risco - motivação para o tratamento.	Estar ao serviço doente (alcooolismo). Os profissionais do CS não enfrentam a situação como o fariam com qualquer outro doente ou na mesma pessoa com uma doença orgânica grave.	Abordar a situação com frontalidade, tentando ajudar a pessoa em causa a ultrapassar o problema. Não enterrarem a cabeça na areia.	Porque o alcoolismo é uma doença que precisa de tratamento e a doente precisa de solidariedade dos amigos e colegas de trabalho.	O 1º médico devia ter tomado conta da doente como se fosse sua, uma vez que a doente não tinha MF. O 2º médico, que já constatou um lesão suspeita devia orientar com mais celeridade. Situações oncológicas não podem ter espera no Hospital.	Olharem para os utentes e tratarem-nos independentement e de serem ou não do seu ficheiro. Bom senso e não tratar tudo do mesmo modo.	Porque havia, desde o início, a hipótese de se tratar de uma situação oncológica, que tem que ser tratada com celeridade.			
11	1	5 3	1	2 8	4	2	Pedido eventualmente inapropriado de MCD / outros cuidados. Falta de adequada discussão da situação clínica com o paciente, para perceber qual a causa do insucesso terapêutico. A hipótese da equipa de saúde se dimitir do seu papel.	Esclarecer a situação com o doente. Estudar e aprofundar o caso em questão, rever terapêuticas e envolver o doente no seu tratamento para que este perceba a situação, o que parece não estar a acontecer.	Não se "deixa de investir" nos doentes, tentam-se outras estratégias. Será que a "culpa" é do doente?	Objectivamente de todos os colegas e intervenientes / já que deveriam "tinham obrigação" de denunciar a situação à direcção do CS e/ou à Ordem dos Médicos, após uma obvia conversa/conversas prévias com a pessoa em causa para ajuda/esclarecimento/evoluçã o da situação. Em caso negativo, seguir-se-ia a denuncia após recaída.	Em 1º lugar apoio da colega, em 2º lugar proposta de ajuda terapêutica, 3º lugar pedido de apoio a quem estivesse em melhor situação para na fase inicial poder ajudar a corrigir a situação.	Um médico tem que ter um comportamento profissional o mais exemplar possível. Do ponto de vista pessoal não é obrigatório, mas o exemplo é importante.	Má pratica clínica, sucessivamente. Uma suspeita de neoplasia da mama (ou outra) "obriga" a que haja celeridade de encaminhamento da situação. O que não foi o caso. Burocracia parcialmente responsável pela situação. Abandono do doente, por parte da instituição.	Atitude correcta em termos diagnósticos, com pedidos, sem necessidade de complicações e, há sempre maneira, de "tratar" rapidamente a situação. Atenção às deslocações nas zonas rurais, que atrasam o diagnóstico. Existem códigos de conduta que devem estar sempre presentes. "Sentir o utente".	Não é admissível que um utente esteja 21 meses, desde a data "em que entrou no sistema de saúde - SNS" e que seja preciso "uma cunha" para ser tratada (ou maltratada).			
12	1	5 0	1	2 5	4	3	Aconselhar o doente a melhor maneira de gerir a sua situação.	Ajudá-lo a compreender a situação.	Se não, tudo o que acontece ao doente acaba por ser da nossa responsabilidade.	Os cuidados prestados aos doentes podem não ser os melhores.	Falar com a direcção do CS ou ajudar se houver esse pedido.	Responsabilidade moral, assim recomenda.	Qual situação? Cuidados primários - atraso, cuidados secundários - novo atraso. Consciência e cada um.	Contacto entre eles melhorado, para que o doente não ande cá-lá e cá-lá.	A doente teria a situação resolvida mais depressa?			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
13	2	4 8	1	2 5	4	2	Não se desiste dos doentes.	Paciência.	Cada vez é mais necessária para poderem lidar com a situação.	Poderá haver incapacidade da pessoa para o seu serviço e pôr em risco os utentes.	Cuidado, calma e falar do problema.	Não podem fazer nada contra a própria pessoa.	Tentar falar com o colega dos C.Secundários para abreviar a situação, se possível.	Os colegas dos C.Secundários podem acelerar o processo.	Cuidados primários e secundários, cada qual tem as suas obrigações.			
14	2	5 0	1	2 7	3	1	Os profissionais de saúde deixarem de investir no caso. Os profissionais de saúde não procurarem compreender o porquê de o doente ir tantas vezes ao CS procurar cuidados.	Descobrir o porquê de o valor da TA e glicémia estarem elevados. Descobrir o porquê para a procura de cuidados e não aceita as orientações clínicas dadas. O que é que o doente realmente quer de nós.	Porque ele está a ir ao CS e não está a levar o que quer, o que precisa, o que vai procurar.	Uma médica com problemas de dependência do álcool e falta de apoio de colegas ou eventualmente da chefia para avaliar com ela a situação. Uma médica a trabalhar sem condições físicas e psíquicas para desenvolver a sua actividade e é-lhe permitido manter a situação pondo em risco os cuidados prestados aos doentes.	Conversar com a médica sobre o que se está a passar. Que apoio podemos dar? O que precisa dos restantes elementos da equipa? Será que a médica se apercebe que não está a ter boa prática? Que está a por em risco a saúde dos doente? Avaliar o que a médica pensa destas questões. Evitar manter a actividade profissional.	Está a por em risco a saúde dos doentes. Está a por em causa o bom atendimento habitualmente praticado pelos médicos e equipa do CS. Está doente e precisa de ajuda.						
15	1	5 8	1	2 8	3	3	Dificuldades da relação médico-doente.	Uma abordagem multiprofissional mais eficaz. Uma referência personalizada aos C.Secundários.	Para melhorar a eficiência terapêutica.	Dificuldade de abordagem de um comportamento anti-social.	Abordar o caso o mais precocemente possível.	Para evitar a degradação da situação.	Má resposta dos serviços de saúde às necessidades dos doentes.	Maior celeridade. Uma referência "personalizada" aos C.Secundários.	Para curto-circuitar os circuitos.			
16	2	4 1	2	1 9	3	3	Grau de compreensão e conhecimento do doente quanto aos seus problemas de saúde. Ao perturbar a rotina da unidade de saúde poderá estar a prejudicar outros doentes que adiram à terapêutica e aos cuidados prescritos.	Um maior investimento no doente, confrontando-o com os riscos que corre, se necessário dramatizando a doença. Mostrando ao doente que ainda pode ter qualidade de vida, comparando-o com casos conhecidos que melhoraram significativamente quando reconheceram a sua doença.	Porque muitas vezes o problema está na generalização dos ensinamentos. O doente deve ser abordado de forma personalizada, dando-lhe o tempo necessário para aceitar a sua doença, não dando excessiva informação, mas sim aquela que pode ser adequada ao doente em questão. As analogias com o dia a dia são uma estratégia possível.	Uma profissional dependente do álcool em exercício e os riscos que pode acarretar. A instabilidade que pode provocar na equipa de saúde. A insegurança que provoca nos doentes e seus familiares.	Numa primeira fase deveria ser feita uma abordagem à colega por outro ou outra com o qual mantenha um relacionamento de maior confiança. Posteriormente e caso aceitasse proponho uma desintoxicação, tendo anteriormente solicitado o apoio da família.	Porque o alcoolismo é uma doença e todos os doentes devem ter possibilidade de serem tratados independentemente e da sua condição. Uma profissional dependente do álcool acarreta responsabilidades profissionais, pessoais e sociais com grande impacto legal.	Viagens frequentes para realização de EAD. Insegurança e medo que se instala na doente que com frequência tem que realizar exames de aferição. Demora exagerada na resposta dos C.Secundários.	Em meu entender os médicos do Cs solicitaram os exames adequados, no entanto o tempo que medeia entre as várias consultas é excessivo. O médico que pede o 1º exame deveria ter providenciado uma consulta mais precoce.	Parece-me que até ao diagnóstico passou bastante tempo, tanto no CS como no Hospital. Nesta situação o clínico que detecta a gravidade da situação deve proceder rapidamente ao contacto telefónico. Estas situações sugerem que o sistema tem que ser corrigido, entretanto recorrer às amizades para resolver questões tão graves quanto esta.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	IIa	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
17	2	55	1	29	3	1	Deixar de prestar ou investir no utente os seus esforços, em lugar de mudar de estratégia para saber porque não se consegue atingir os objectivos.	Visitas domiciliárias. Apoio dos outros elementos da equipa. Guardar um dia, com tempo para o ouvir.	Porque alguma coisa não está bem na comunicação ou nas condições do utente.	Falta de intervenção da equipa de saúde. Falta de pedido de apoio dos colegas e família. Falta de corresponsabilização da doente no tratamento.	Maior conhecimento do ambiente em que a doente vive e das suas relações familiares. Conhecer os apoios possíveis no local de trabalho e no local onde vive.	Porque a intervenção nestes casos tem que ser global.	Nestas idades com os problemas detectados deviam pedir logo Eco e Mamografia. Atendendo a que a utente não tinha médico de família, esse médico devia assumir (abrir a porta) para avaliar esses exames logo que feitos e continuar o processo.	Estar mais atentos a estes casos que podem por em risco a vida e saúde mental e física dos utentes.	Porque nestes casos especiais devemos ser empáticos.
18	1	50	1	27	1	1	Sobre utilização de cuidados. Má aderência à terapêutica e aos cuidados.	Marcar consultas de vigilância de grupos de risco periódicas. Proporcionar acções de educação para a saúde a nível médico e de enfermagem.	Tentar identificar os problemas não expressos do doente. Quantificar e/ou qualificar os seus problemas e o que pensa sobre a solução proposta. Agindo de forma a tornar as atitudes mais correctas e assegurar uma terapêutica e ensinamentos correctos, fomentando os autocuidados.	Falta de camaradagem / companheirismo.	Tentar ouvir os problemas da colega e sugerir-lhe planos para ultrapassá-los. Motivá-la a procurar ajuda confrontando-a com os problemas que decorrem da sua actividade profissional na sua situação actual.	Há necessidade de tratar os problemas da colega, no sentido de ela ter uma vida o mais feliz possível, de modo a que possa também ser útil a quem a procura.	Equidade no acesso aos cuidados de saúde.	Tentar melhorar a referência aos C.Secundários, motivando as equipas de gestão de saúde neste processo.	Numa sociedade democrática a igualdade no acesso aos cuidados de saúde é um princípio prioritário.
19	1	51	1	26	4	1	Parece-me não ter havido uma centragem no paciente e apesar da boa vontade dos profissionais de saúde, estão ainda a ser utilizadas "uma navegação à vista", sem estratégias definidas.	Estabelecer uma estratégia adequada a este paciente com estabelecimento claro de objectivos de saúde negociados entre os profissionais e o paciente.	Não é previsível um sucesso de qualquer intervenção terapêutica que não seja fruto de prévio acordo "negociado" entre as partes interessadas. O utente tem que ser envolvido na estratégia.	Comportamento incorrecto da profissional de saúde. Cumplicidade dos restantes profissionais, que fecharam os olhos à situação.	À profissional, obviamente uma sensibilização para alterar o seu comportamento aditivo. A todos os profissionais da equipa, uma reciclagem (curso, acção de formação) de atitudes e comportamentos em equipa.	A eficácia do trabalho em equipa é fundamental para a melhor prestação de cuidados de saúde à população.	Falta de atenção no problema da paciente e visão meramente funcionalista dos serviços e dos seus profissionais.	Reorganização dos serviços. Inclusão da paciente na lista de um dos MF, de preferência da escolha da paciente.	A relação personalizada potencia a eficácia da relação terapêutica.
20	1	48	1	24	5	2	Desvalorização das queixas e do relacionamento com o utente. Indiferença.	Conversa com o utente sobre o horário da consulta. Eventual ida ao domicílio do utente. Reforço comunicacional com ênfase do papel do utente. Explicitação da metodologia usada e dos objectivos a atingir por todos (equipa de saúde e utente).	Reforçar a ideia da importância que o utente tem para a equipa de saúde. Avaliar eventuais problemas existentes e não comunicados e/ou subvalorizados.	Falta de solidariedade / diálogo. Desinteresse / abandono. Cumplicidade. Recriminação pública / punição.	Conversa com a E sem culpabilizações. Mostrar que querem ajudar sem "julgamentos" prévios.	Avaliar possíveis estratégias e modo de as ultrapassar, evitando o isolamento. Mostrar a importância da E para os colegas, bem como a preocupação destes na resolução dos problemas dela.	Despersonalização do doente. Insensibilidade para os receios e para o estado da doente. Inexistência de relação médico-doente.	Reorganização do sistema de atendimento. Proposta para integração da utente na lista de um dos médicos.	Melhoria da relação médico-doente. Melhoria da confiança no sistema de saúde. Para a utente se sentir considerada.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
21	2	5 3	1	2 8	3	1	Nenhuns	Considerar como doente de risco. Fazer a abordagem segundo as directivas. Programação de consultas	Trata-se de um doente de risco	Nenhuns	Abordagem do doente no sentido de reconhecer a adição. Prescrever o tratamento. Envolver a família no processo.	Nenhuns	Nenhuns	Agilização do sistema de saúde. Articulação mais célere aos diferentes níveis de cuidados de saúde	Criação de uma "via" para casos de "neo" complicados
22	2	3 3	1	7	3	2	Responsabilidade do médico versus responsabilidade do doente pela sua própria saúde. Integrar o utente no funcionamento do serviço.	Reforçar a responsabilidade do utente. Reforçar a necessidade de cumprir as regras da consulta e os deveres do utente.	Porque a nossa tendência é a de assumir a responsabilidade e por vezes um papel paternalista.	Doença da médica. Necessidade de preservar a privacidade da colega versus necessidade de assegurar os cuidados aos seus utentes.	Tentar conversar / comunicar com a colega, incentivando-a a procurar ajuda.	Desresponsabilizaã o do(s) médico(s), talvez por não ser utente inscrita no ficheiro. Dificuldade em conseguir EADs em tempo útil.	Maior comunicação e articulação entre os vários colegas, mesmo tratando-se de uma utente sem MF. Definir regras de actuação em casos semelhantes. Maior responsabilização profissional - será que o 1º colega não deveria ter "adoptado" esta utente e encarregar-se da situação.		
23	1	5 8	1	3 0	3	2	Pouca atenção ao doente. Desistir por ser "caso perdido".	Marcar uma consulta com tempo mais alargado, para rever o caso: exame completo, revisão terapêutica, com ajustes eventuais. Procurar outras causas para HTA (psicossocial). Referenciar.	Poderá haver uma causa oculta para a manutenção de valores anormais da TA e da glicémia: falta de recursos económicos, toma incorrecta, não adesão à dieta. Fatores psíquicos.	Pactuar com a situação, sem fazer nada, por parte dos outros profissionais.	Abordar o problema com a colega. Afastamento da E da sua actividade. Apoio a E no seu tratamento. Falar com o queixoso sobre o problema.				
24	1	5 1	1	2 7	4	3	Decidir que o doente é o culpado da situação e deixar de investir no seu caso.	Rever todo o caso. Investir na avaliação de rotinas de vida e dar atenção individualizada ao doente no sentido de compreender onde há falhas.	Algo está a falhar.	Não levar a sério e mesmo omitir os sinais de doença de E. Permitir que alguém doente assuma responsabilidades que podem ser de risco para terceiros.	Procurar a melhor estratégia para ajudar E.	Mesmo sendo alguém "de dentro" está doente.	Demissão da função e obrigação de tratar. Atraso na tomada de decisão. Actuação rotineira não considerando as necessidades da doente. Deficiência dos serviços, incluindo quem fez o 1º exame complementar.	Referenciar mais cedo. Eventuais contactos directos com colegas da unidade hospitalar.	Não perder tempo, face ao caso.
25	2	5 3	1	2 9	3	1	A tentação de deixar de investir no doente. Perturbação da relação profissional de saúde/doente.	Envolver a família, averiguando se ele fez as medicações prescritas. Pedir a outros colegas que avaliem a situação clínica do doente (caso este concorde). Questionar o doente se ele se sente satisfeito com as consultas, avaliando também se há outros "problemas escondidos".	A não adesão à terapêutica poderá ser causa de não controle clínico. A família poderá ser um aliado na terapêutica/controle.	Confrontar a colega com a situação e as suas consequências.	Para tentar encaminhar e resolver a sua situação clínica.	Má organização dos serviços. "As cunhas" serem resolvidas à frente das "não cunhas".	Alertar a doente para a necessidade da brevidade na marcação dos exames, ou até ser o próprio profissional a marcar os exames. Referir à doente que se não for chamada dentro dum prazo breve (1-2 meses), voltar ao CS para possível contacto com os serviços hospitalares.	A doente poderia não se aperceber da gravidade da situação. Já que não podemos "reorganizar os serviços" pelo menos tentar fazer perceber aos C.Secundários que a situação pode ser ou é grave a necessitar de avaliação breve e resolução rápida.	

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
27	2	57	1	30	3	1	A tentação de abandonar o doente e não o enviar a C.Secundários para avaliação.	Que não desistissem e tentassem mudar de estratégia de maneira a motivar o doente a cumprir melhor os seus cuidados. Responsabilizá-lo mais pela sua saúde.	Porque só tendo consciência de que também é responsável pela saúde poderemos obter melhor colaboração e controlo.	O não ter sido capaz de conversar com E e também com a família na tentativa de evitar que as coisas chegassem a extremos.	Persistência no acompanhamento de E e disponibilidade sempre que E necessite.	Porque a doença tem remissão, mas também recaídas muito frequentes e necessita muita compreensão,	Não ter, na 1ª abordagem, sido pedida ecografia se necessário e não ter sido dada abertura para consulta no mesmo médico logo que tivesse o resultado. Se o médico, à observação da doente ficou com a sensibilidade de que haveria alguma alteração deveria tentar pelo telefone uma marcação rápida do exame ou envio imediato a C.Secundários.	Maior envolvimento nas situações que podem beneficiar de rapidez no diagnóstico.	Poderia ter-se evitado a metastização do tumor.			
28	2	34	1	10	1	3	Sentir-se tentado a deixar de investir no doente.	Tentar conversar com o doente e envolvê-lo no controle, vigilância e tratamento das suas patologias – coresponsabilizá-lo pelo sucesso/fracasso dessas terapêuticas e fazê-lo entender que a equipa vai ajudá-lo mas que ele não pode ter o exclusivo da atenção e que existem outros utentes a necessitar de cuidados.	Porque penso que em parte esta maneira de agir poderá melhorar o controle das patologias e diminuir a procura constante de cuidados.	Falta de coragem para abordar o assunto com a doente e falta de envolvimento de familiares e amigos que poderiam ajudar na resolução do problema.	Falarem com a doente de modo a fazê-la confessar o problema sem a condenarem e sempre com a clara indicação de que a queremos ajudar e se houverem familiares ou amigos como rede de suporte envolvê-los no processo conjunto de tentativa de desabitação alcoólica.	Porque a doente provavelmente veria que os profissionais de saúde, família e amigos a iriam ajudar e que não estava só e discriminada devido ao seu problema de alcoolismo.	Situação clínica que se apresentava como potencialmente grave e que até à sua resolução passou por "várias mãos" e por longos meses de espera o que pode ter tido implicações em termos de prognóstico. A falta de envolvimento por parte dos médicos intervenientes comprometeu e de que forma o diagnóstico que poderia ser alterado com a alegação de urgência para resolver rapidamente o caso.	Tentar encurtar os tempos de espera assim como, se possível, e visto os exames serem realizados num local distante, serem logo pedidos os 2 exames, e mesmo o colega radiologista poderia ter realizado mesmo sem credencial e ter pedido a mesma à posteriori. Não deveria ter sido necessário a intervenção da própria paciente ("cunha") para acelerar uma cirurgia que era urgente.	Como já referi todos os atrasos podem ter agravado o prognóstico e ter interferido com o humor da doente, que se deverá ter sentido tipo "bola de ping-pong" e sem um médico que a apoiasse e garantisse a continuidade de cuidados.			
29	1	54	1	29	3	1	Nenhum.	Melhor programação nas consultas. Negociar e fazer cumprir o plano terapêutico.	Obter um melhor controlo nas patologias identificadas.	Os profissionais de saúde tem o dever ético de actuar activamente em situações da doença identificada.	Embora a doente tenha o direito de se tratar ou não, deveria ser proposto programa de desintoxicação e ajuda para resolução dos problemas subjacentes.	A "cunha" é uma instituição nacional que embora eficaz tem ética duvidosa.	Promover uma melhor articulação entre cuidados e agilização de procedimentos. Os custos devem ser assumidos por quem os gera, EADs solicitados pelos C.Secundários devem ser realizados em âmbito hospitalar.					

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc	IIIa	IIIb	IIIc
30	2	5 2	2	31	3	1	O sr. J deveria não ser visto como um "estorvo" uma vez que até se verifica a pertinência dos seus pedidos.	Que o sr. J tivesse programação adequada de acordo com a sua situação clínica, onde além da avaliação referida, se avaliasse qual ou quais as causas da persistência de valores elevados, e se realizasse educação para a saúde em conformidade.	Não interferia tanto com as rotinas, uma vez que faria parte delas.	Se E tivesse sinais notórios de etilismo agudo não deveria estar ao serviço. Se já era habitual, E já deveria ter sido ajudada a tentar resolver o seu problema de saúde e não ter "deixado andar".	Superiores hierárquicos e colegas deviam ajudar E a perceber que tinha um problema de saúde que não estava a conseguir resolver sem ajuda, e que esse problema estava a interferir com a sua vida incluindo a vertente profissional.	Todos os utentes têm direito a ser bem atendidos, com educação e bons modos. Todos os profissionais tem o direito ao mesmo respeito, educação e simpatia, e a proporcionarem o mesmo direito aos colegas. Como cidadão E só se está a prejudicar, a si, à instituição onde trabalha, à própria direção que ao protelar a situação só a agrava.	O arrastamento da situação poderia e agravou a doença de F. A desigualdade perante o acesso à saúde.	P1 na 1ª consulta, uma vez que têm conhecimento do contexto em que trabalham. Falar com a doente e explicar-lhe o que se passa e se esta não estaria na disposição de ir directamente a um IPO ou a outro centro de diagnóstico mais rápido.	Porque sabem o que significa o tempo de espera na hipótese de diagnóstico desfavorável, e porque ninguém tem o dom da ubiquidade.			
31	2	3 1	2	7	3	1	Desistir de tratar um utente só porque é consumista e aparente não cumprir os ensinamentos entre outras coisas.	1º tentar ver o problema de base que pode não estar no sr. J. 2º avaliar os tipos de abordagens feitas, pois podem não estar à medida do sr. J.	Muitas vezes o problema está na família e em "casa", por outro lado talvez não tenham usado a linguagem mais correcta para ensinar e comunica com o sr. J.	Encaminhamento de situação grave. Falta de envolvimento / relacionamento entre profissionais.	Tentar abordar E sobre o problema confrontando-a com o seu estado e como este afecta todos em seu redor. Denunciar a situação aos superiores.	Só tentando a abordagem podem tentar ajudar e até mesmo apoiar numa recuperação. Caso não resulte cabe aos superiores ter conhecimento e abordar o caso e tentar a sua resolução.	Diferenciação de atendimento. Encaminhamento descuidado, falta de seguimento. Falta de profissionalismo / comunicação entre profissionais / instituições.	Devem ser realizados os exames complementares de diagnóstico necessários, principalmente um exame mais cuidado, tendo em conta as distâncias. Tratar cada paciente / utente como sendo do seu ficheiro.	Um utente sem médico de família tem o direito de ser bem atendido, encaminhado e tratado como um utente que tem médico de família ou talvez até melhor, por não ter oportunidade de ter uma consulta digna de assim ser.			
32	1	4 9	1	25	6	1	Pedido frequente de cuidados por parte do sr. J. Perturbação e interferência nas actividades da Unidade por parte do sr. J. Médico e enfermeiro com o perigo do desinteresse.	Maior profundidade e novas formas de abordagem do problema de família. Avaliar a família e tentar co-responsabilizá-la pelo melhor seguimento e controle do doente (integração da família).	Para conseguir melhores resultados quer na TA, quer na glicémia e muito provavelmente noutros parâmetros.	Problema de alcoolismo. Cumplicidade da equipa. Provável mau atendimento profissional.	A resolução do problema, por parte da equipa haveria de alguém tentar ajudar esta colega, tentando-lhe fazer sentir que estava com um problema e que necessitava ser tratado / resolvido.	Para se resolver o problema da saúde da profissional, além deste modo se solucionar também os possíveis problemas no local de trabalho.	Falta de médicos de família, logo foi observada por vários colegas com visões / atitudes diferentes. Atraso na resposta a situação complicada. Falta de ligação entre os cuidados primários e secundários. A própria demora no atendimento nos cuidados primários. A necessidade de "cunha" para resolver o problema pela porta de entrada mais fácil do hospital, o "SU".	Maior empenhamento por parte do 3º médico, provavelmente um contacto directo (telefónico) para uma referência mais rápida. Outra postura, de maior rapidez no seguimento no hospital.	Estava-se a tratar de patologia de uma utente que não se compadece com atrasos.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
33	2	50	1	25	2	1	Não cumprimento da prescrição por parte do doente. Má comunicação equipa de saúde / utente. Negligência nos cuidados.	Reavaliar a abordagem feita ao utente. Investir na avaliação e aprofundamento da situação que leva ao insucesso clínico.	A procura exagerada pelo utente dos cuidados de saúde mascara situação de depressão, isolamento, falta de apoio familiar ou outro.	Perda do autocuidado. Perda da noção de obrigação profissional. Desleixo profissional. Falta do dever de apoio e ajuda por parte dos vários profissionais de saúde.	Aproximação e apoio à colega em risco. Abordagem do utente queixoso, na tentativa de compreender as suas queixas. Ajuda e incentivo ao tratamento da colega.	O conflito deve ser combatido com diálogo calmo e com esforço de compreensão. Apoio na doença.	Negligência médica.	Definição de normas precisas do que é uma consulta aberta e quais as obrigações e deveres dos que ali trabalham. Referenciar ao hospital. Recusa ao trabalho num sistema que não dá resposta ao doente e não realiza o profissional.	Não existem normas de trabalho, sobejamente divulgadas junto dos profissionais. É preferível pecar por excesso que por defeito, daí eu referenciar logo ao hospital. Protestar contra um sistema de saúde dúbio é prática pouco comum entre os profissionais de saúde.			
34	1	41	2	16	3	2	Abandono da atitude terapêutica motivada pelo comportamento do doente.	Continuar a investir nele os seus esforços.	Porque a sua tensão arterial e glicemia estão sempre elevadas.	Cumplicidade da equipa face à atitude de E.	Que abordassem directamente a situação.	Devido aos riscos potenciais do exercício da profissão sob o efeito do álcool.	Excesso de burocracia. A praga do sistema.	Nada.				
37	2	32	1	8	5	1	Perante o insucesso terapêutico, a equipa de saúde sentir-se tentada a desistir.	Pedir a colaboração de outros colegas da unidade para verem o doente "de novo".	Por vezes, alguém que nunca viu o doente antes, pode realçar aspectos que passaram despercebidos a quem tem observado o doente regularmente.	1. Profissional de saúde com etilismo crónico e continua a trabalhar sem pedir ajuda. 2. Restante equipa sabe do problema e, para além de não ajudar a colega, permitem que continue a trabalhar.	Conversarem com a colega e procurar que ela se trate.	A E não está em condições de continuar a exercer as suas funções. Tem que se tratar e só depois de compensada a situação poderá retomar as suas actividades.	Só quem tem "amigos" é que se safa.	Será necessária outra alternativa para os doentes sem MF. Não podem continuar a recorrer à consulta aberta para situações não agudas.	Perde-se a continuidade de cuidados.			
38	2	35	1	11	5	1	Falta de vontade de investir no doente.	Aumentar a motivação dos profissionais para ajudarem o doente. Passar o doente a outra equipa de saúde.	Ao fim de muito tempo de conhecermos os doentes, passamos a desvalorizar queixas que podem ser relevantes e isto pode ser o princípio para não fazermos diagnósticos importantes e por isso ser o princípio do fim da relação médico-doente.	Falta de compreensão dos colegas.	Enviar a doente a um centro de alcoologia.	Falta de envolvimento dos profissionais de saúde no problema da doente, quando à partida sabem que podia ser um problema grave.	Diminuir a burocracia. Aumentar a preocupação com os problemas dos doentes.	Cada um limita-se a fazer o que achou necessário na altura e não se preocuparam verdadeiramente em resolver o problema da doente.				
39	2	51	1	27	5	3	Falta de esclarecimento do doente sobre a sua doença.	Elucidação do utente, com esclarecimento da sua doença.										

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
43	2	43	2	22	3	2	O não respeito do doente relativamente aos profissionais de saúde. O não respeito do utente relativamente aos outros utentes.	Encaminhamento do utente para outra equipa ou cuidados diferenciados.	Pela dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica.	Abandono do serviço no horário laboral. Mau humor e atitudes bruscas. Cumplicidade da equipa.	Que fossem capazes de estabelecer relação de ajuda com a colega, mas não todos, apenas um ou outro mais próximo. Que comunicassem a situação superiormente.	Porque só superiormente é possível alguma atitude. Porque esta profissional está em situação que necessita de ajuda.	Utente sem médico de família, sem médico de referência. Médicos que são "obrigados" a consultar utentes em nº muito acima do ficheiro e do recomendado. Acesso difícil a meios auxiliares de diagnóstico. Coordenação inexistente entre cuidados de saúde primários e serviços de referência hospitalares.	Bons registos e comunicação escrita entre serviços, mas a grande solução passa pelos gabinetes da administração (gestores).	Porque os utentes merecem ver as suas necessidades resolvidas, mas os profissionais também têm direito a boas condições laborais.			
45	2	30	2	7	3	3	A não valorização de uma situação de doença que poderá estar descontrolada.	Em 1º lugar dever-se-ia perceber o porquê da TA e glicémia não estarem controlados. Permitir que se agende procedimentos solicitados pelo utente, de acordo com as necessidades e a disponibilidade dos profissionais. Facultar e ensinar a trabalhar com monitor de glicemia.	Porque evitaria vindas desnecessárias do utente e este não tinha o seu problema descurado.	O compactuar com uma situação de alcoolismo, que põe em causa o profissional e seus colegas, bem como a instituição.	Que deveriam denunciar a situação a instâncias superiores, se após confrontar o elemento em causa, este não tomasse alguma atitude para resolver o problema.	Porque os utentes e os profissionais não devem ser alvo de agressividade (mau humor e gestos bruscos) por um colega que poderá resolver uma situação de adição.	O não permitir atempadamente um diagnóstico de doença e sua consequente resolução, levou a um agravamento da patologia.	Estruturar consultas para que as respostas fossem mais atempadas e criar uma linha de ligação com o hospital para que as situações urgentes fossem resolvidas mais rapidamente.	Evitar custos, evitar mortes, dando qualidade de vida aos utentes.			
48	2	38	2	16	3	2	Relação médico / enfermeira / utente deverá ser coesa / empática para não chegar ao ponto de "deixar de investir nele os seus esforços".	Reforçar o estilo de vida saudável, tentar mudar os "seus" hábitos desadequados, tentar controlar os seus valores de tensão arterial e de glicemia para assim o utente ter mais confiança e obedecer ao ensinamentos que lhe são dados. Marcar actividades para o ocupar mais e ele (utente) saber que se encontra acompanhado.	Isto tudo para haver uma melhor compreensão entre o utente e a equipa para melhores resultados.	Interferir na vida pessoal da pessoa em questão é uma situação muito complicada e que leva a problemas éticos muito graves. Mas se houver relação de ajuda pela equipa, para ajudar a pessoa em questão (consultas adequadas, medicação, etc.), é uma forma de ultrapassar estas questões que foram levantadas no caso II.	Tentar que a colega "se abra", para assim ajudar, aproximando-nos, dizer que estamos disponíveis para falar, por vezes apenas um toque ajuda a pessoa em questão a falar sobre os problemas que tanto a preocupa. O ouvir, o estar disponível e o próprio toque levam a um alívio da situação.	Isto para melhorar o ambiente de trabalho e melhorar a qualidade dos serviços, ajudando mesmo nas consultas para ver se a situação melhora em relação à colega.	Atendimento personalizado, falta de civismo e respeito pelo outro. Falta de rigor nos pedidos dos exames, na demora e decisão tardias. Falta de individualidade e encaminhamento da situação.	Melhorar a qualidade dos serviços, organizando-o, minimizando os custos, ter respeito pela pessoa e sua individualidade. Se suspeita de tumor enviar atempadamente e não aguardar para novas consultas e novas análises.	Como já disse anteriormente, qualidade do serviço, bom atendimento, ser eficaz com todos os processos de consulta e seu desenvolvimento.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
49	2	57	1	31	3	1	1. Falta de autorresponsabilização ("Sta. Bárbara quando troveja!"). 2. O médico e enfermeira "sentem-se tentados a deixar de investir nele", os profissionais não podem deixar de investir, ainda que possam utilizar novas estratégias para o conseguir.	Auto responsabilizar o doente. Novas estratégias para conseguir motivação: 1º para cumprimento das regras da equipa, 2º para garantir a adesão à terapêutica.	Não adianta ser utilizador frequente / muito frequente dos serviços, se não se cumprirem as terapêuticas médicas devidamente instituídas.	Falta de profissionalismo / risco profissional. Médica doente a necessitar de apoio e tratamento médico. As chefias deviam impor tratamento médico especializado até se encontrar apta para a sua actividade. Responsabilidade da chefia. Negligência.	Enfrentar a médica doente e propor-lhe tratamento. Obrigar a ausentar-se do trabalho até recuperar. Apoiar.	Responsabilidade. Erros médicos.			
50	2	55	1	25	3	1	A não assistência, investimento na saúde do utente.	Melhorar a comunicação com o paciente. Tentar perceber "os motivos". Definir estratégias mais individualizadas que permitam o acesso aos cuidados sem problemas para o serviço. Aceitar o "não cumprimento" por parte do utente como "liberdade individual".	Porque os utentes / cidadãos têm o seu direito à saúde, mas deverão ser respeitados os profissionais e organizações. Talvez aos utentes não "cumpridores" deva ser controlada a liberdade absoluta de utilizar os serviços de saúde.	"Cumplicidade" numa situação que põe em risco a saúde / vida doutros cidadãos. Comportamento do próprio - não sobriedade numa profissão que o exige.	Tentar (aquele que melhor se relacionar) comprometé-la com o problema. Definir estratégia para ajuda activa. Promover a participação dos serviços médicos do trabalho na "cura" / "acompanhamento".	Porque pela descrição trata-se dum profissional de saúde com ação direta sobre a saúde / vida das pessoas.	Cuidados de saúde não atempados. Referenciação sem resposta adequada. A não existência de profissionais não pareceu interferir na correta decisão e prestação de cuidados básicos iniciais, exceto o não envio em "cortamato" ao serviço de urgência hospitalar.	Seria difícil outra atuação em CSP, exceto a decisão de enviar ao SU em vez de P1 para consulta.	Porque neste país: 1 - não há resposta atempada na maioria das consultas hospitalares, 2 - qualquer internamento "só pode" ser através do SU, por isso quando este é previsto não deve enviar-se à consulta.
58	2	27	2	6	3	3	A tentação de deixar de investir no doente por parte dos profissionais põe em causa o respeito pela individualidade da pessoa.	Programação da vigilância a intervalos curtos; orientação do utente sempre que o solicite, para que sinta que a sua situação é valorizada pela equipa; procurar identificar a causa real da procura constante de cuidados e ponderar a necessidade de envio a cuidados secundários para controlo dos problemas de saúde.	Valorização dos sentimentos do utente face à patologia; integração do utente na planificação dos seus cuidados; responsabilização do utente pela sua própria saúde.	O acesso do utente à qualidade de cuidados pode ser questionado; realçar o respeito e a autonomia da pessoa doente.	Procurar solucionar a situação com a aproximação de um membro da equipa que tenha com E uma relação de maior proximidade; apostar no trabalho em equipa no serviço em que haja interligação directa no desenvolvimento das actividades da E com outro elemento.	Partilha nas atividades desenvolvidas da responsabilidade da prestação, evitando novas situações de confronto com utentes, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados; minimizando o impacto negativo da sua atitude nas relações profissionais.	É assegurada a autonomia da doente na participação no processo de doença; actuação profissional desenvolvida com base no princípio da beneficência.	Colaboração e referenciação da situação da utente ao Serviço Social; estabelecer rede social de suporte (recursos familiares, comunitários) para apoio à utente; criação de orientações internas no seio da equipa para acompanhamento da situação clínica por uma equipa nuclear de referência.	Valorização da situação da utente para que se sinta acompanhada por uma equipa com competência reconhecida; favorecer a continuidade e integração de cuidados para a utente, a cada consulta, não se ver obrigada a "contar repetidamente" a história.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
59	2	45	2	18	3	3	O desrespeito pelo princípio da não maleficência.	Procurar a causa real da procura constante de cuidados e verificar se o utente precisa de ir aos cuidados de saúde secundários.	É importante responsabilizar o utente pela sua própria saúde, pois é muito importante a auto responsabilização.	O desrespeito pelo princípio da não maleficência.	É necessário que E seja tratada, por isso procurar enviá-la para os cuidados especializados. Encontrar alguém com quem ela se sinta bem na equipa para a ajudar.	Para E poder partilhar as actividades desenvolvidas, minimizando assim o impacto negativo das atitudes de E.	O desrespeito pelo princípio da Justiça e da equidade.	Tentar estabelecer rede social de suporte para apoio à utente; criando orientações no seio da equipa para acompanhamento da situação clínica.	Tentar favorecer a continuidade e integração de cuidados para a utente se "sentir" acompanhada.
60	2	43	2	18	3	3	O desrespeito pelo princípio da não maleficência.	A não desistência de investimento no paciente e mudança de estratégias para promover a saúde e o auto responsabilizar.	Com o objectivo de não desrespeitar o utente e promover a sua saúde, respeitando a sua dignidade humana.	Respeito pelo princípio da não maleficência.	Diálogo com a colega com o objectivo de a compreender e fazê-la entender a necessidade de ajuda; salvaguardando a integridade dos utentes.	Para salvaguardar a boa prestação de cuidados de saúde.	O desrespeito pelo princípio da justiça e da equidade.		
61	2	39	2	10	3	1	O desrespeito pelo princípio da não maleficência.	Rever as estratégias utilizadas (educação para a saúde, farmacológicas, ...) e nunca deixar de investir no utente.	Respeito pela dignidade humana e rever carta dos direitos dos utentes.	Respeito pelo princípio da não maleficência (em relação aos colegas e a E).	Em primeiro lugar os profissionais envolvidos deveriam estabelecer com a E um diálogo de confiança, de forma a entenderem o porquê das suas atitudes e assim puder ajudá-la, orientando-a em caso de necessidade para entidades competentes.	Para assim evitar a degradação da sua situação e também protegê-la de outras participações por parte de utentes e/ou outros profissionais.	O desrespeito pelo princípio da justiça e falta de equidade entre as pessoas.	Desde o momento em que foi ao médico com queixas no seio deveria ter sido imediatamente encaminhada para a realização de exames complementares de diagnóstico e para uma entidade médica que a pudesse ajudar.	Para assim diagnosticarem atempadamente o tumor, minimizando dentro do possível as sequelas por ele causadas e o aparecimento de metástases.
62	1	23	2	1	3	3	Desrespeito pela decisão do doente, necessidade de lhe dar tempo para se adaptar à situação de saúde dentro dos limites aceites e normas estabelecidas.	Recomendaria que tentassem identificar a causa real da procura constante de cuidados or parte do sr. J e ponderar a necessidade de envio aos cuidados de saúde secundários.	Para integrar o doente na planificação de cuidados e responsabilizá-lo pela sua própria saúde.	Necessidade de avaliar a situação da profissional, estando identificado o problema, mobilização de apoios específicos.	Procurar o elemento mais próximo de E, para que assim pudesse desenvolver e apoiar o trabalho em equipa. Deste modo, elemento mais próximo de E, poderia tentar identificar qual a causa que levou E a tornar-se dependente do álcool.	Para evitar novas situações de confronto com utentes, assegurando a qualidade dos cuidados prestados.	Dificuldades na tomada de decisão.	Tentar estabelecer rede social de suporte para apoiar a utente, criando orientações no seio da equipa para acompanhamento da situação clínica.	Para que a utente se sinta acompanhada por uma equipa com competência reconhecida; tentar favorecer a continuidade e integração nos cuidados, para a utente se sentir acompanhada.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
63	2	43	2	16	3	3	Desrespeito pela individualidade do utente.	Procurar identificar a causa real da procura constante de cuidados e ponderar a necessidade de envio a cuidados de saúde secundários/especializados.	Para responsabilizar o utente pela sua própria saúde.	Desrespeito pela dignidade da pessoa.	Procurar encontrar um elemento da equipa que mais se aproxime de E, apostando assim no trabalho em equipa. Procurar enviar a cuidados especializados.	Para haver partilha nas actividades desenvolvidas, minimizando assim o impacto negativo das actividades de E.	Situação em que o princípio da beneficência é superado.	Tentar estabelecer rede social de suporte para apoio à utente para acompanhamento da situação clínica.	Tentar favorecer a continuidade e integridade de cuidados para a utente se "sentir" acompanhada.			
64	2	50	2	29	3	1	O não respeito pelo princípio da não maleficência.	Rever as nossas estratégias e não deixar de intervir no doente.	Respeito pela dignidade humana: Ver carta dos direitos e deveres do doente.	O respeito pelo princípio da não maleficência.	Tentar estabelecer uma relação de confiança com E, de forma a perceber como ajudá-la.	Para evitar que a sua situação se degrade mais e ao mesmo tempo protegê-la de outras participações semelhantes.	O não respeito pelo princípio da justiça.	Encaminhamento da situação para entidades competentes, logo desde o início.	Para assim evitar o desenvolvimento de traumas e prevenir complicações.			
65	1	53	1	30	3	1	Quebra de compromisso de atendimento qualificado do doente. Utilização do serviço público de saúde sem respeito pela sociedade e cidadania.	Garantir a qualidade da sua prestação técnica. Esclarecer o utente sobre direitos e seus deveres. Investigar causas da situação clínica descrita.	É preciso pensar a relação médico/doente e enfermeiro/doente. O direito à saúde é inalienável.	Descrição confusa e imprecisa. Antítese solidariedade/egoísmo. Promoção do estilo de vida saudável não efectuado.	Actuação na promoção da saúde, prevenção das complicações e prestação de cuidados curativos e de reabilitação. Defesa profissional.	O alcoolismo é uma doença. Os profissionais têm como função a ajuda ao doente e ao paciente.	Incapacidade dos serviços de saúde no atendimento atempado (modelo organizacional errado). Insensibilidade dos profissionais envolvidos, não se colocando no papel do doente.	Atitude pró-ativa, colocando o doente em primeiro lugar.				
67	2	47	2	23	3	1	Tentação de deixar de investir esforços e tempo no sr. J.	Tentar negociar compromissos de parte a parte, agendar visita domiciliária para avaliar in loco as condições de habitação e maneira de cozinhar e controlos realizados pelo sr. J.	Envolver o utente e responsabilizá-lo pelo seu autocontrolo e cuidado e manutenção da sua saúde.	Falta de apoio, interesse e ajuda por parte da equipa. Juízos de valor e críticas negativas.	Aproximarem-se de E, falando com ela e tentarem perceber a dinâmica da situação que a envolve, encaminhando-a de seguida, mas sempre lado a lado, com ela, ajudando-a e apoiando-a.	No sentido da sua desintoxicação para melhor reinserção social e profissional. Reforçar a autoestima de E.	Observação inicial deficitária com desvalorização das queixas. Registos e comunicação insuficiente entre médicos. Não valorização dos resultados e respectivos encaminhamento urgente. Necessidade de recurso à "cunha". Pedido de exames fraccionados.	Observação e registos rigorosos. Comunicação precisa e objectiva entre pares. Encaminhamento urgente de situações urgentes. Maior "envolvência" nas situações que seguem.	Porque houve manifesto desinteresse da situação; má comunicação e registos imprecisos e fidedignos e não encaminhamento urgente da utente para o serviço de oncologia cirúrgica.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
68	2	48	2	28	3	1	Relação médico / enfermeira / utente.	Tentar saber os estilos de vida do utente (alimentação, exercício, ...) pois mantém os valores de TA e glicémia elevados. O procurar a unidade de saúde pode ter outros motivos, saber quais (solidão, ...). Arranjar estratégias para não estar sempre a procurar o serviço indevidamente (marcar actividades). Dar máquina de glicémia, fazer o registo no domicílio.	Para compreender melhor o utente e ajudá-lo.	Interferir na vida pessoal da colega é um dilema que se coloca. Relação utente/profissional. Relação de equipa.	Tentar a aproximação à colega em causa, ou alguém mais próximo tentar ajudá-la, se ela quiser partilhar algum problema, se está consciente da sua atitude. Autoajuda ...	Para melhorar a qualidade dos serviços, melhorar o relacionamento utente/profissional, melhorar ambiente, equipa, ...	Falta de individualidade, falta de atendimento personalizado, falta de respeito pela utente (andou tipo bola de um lado para o outro ...). Falta de rigor em todo o processo (demorou... e com um pedido foi acelerado ...).	Organizar o serviço de modo a que a equipa tenha os "seus" utentes e não andem de um para o outro, concentrar os pedidos de exames, não prolongar o tempo de atendimento ao serem sucessivos... minimizar custos. Dar / prestar serviço com mais qualidade.	Porque o utente tem de ser bem atendido, atempadamente, mínimo tempo possível, demonstrando qualidade nos serviços prestados e reduzindo custos.
72	2	57	2	32	2	1		Persistência.							
74	1	38	2	16	2	3				Falta de confiança no profissional de saúde. Quebra da cadeia de relacionamento utente / profissional de saúde.	Tentar fazer cura de desintoxicação alcoólica. Tentar descobrir os motivos que a montante levaram à situação actual de alcoolismo.	Para restabelecer a confiança utente / profissional. Recuperar o profissional de saúde.	Excesso de burocracia. Provavelmente com médico de família, os tempos de espera seriam semelhantes.	Pensarem na utente como se fosse alguém de família.	Para poder ultrapassar barreiras e acelerar os processos.
76	2	43	2	19	2	2	Desrespeito por parte do utente.	Envolvimento maior nos procedimentos da equipa por parte do utente.	Uma vez que o utente não cumpre as prescrições e ensinamentos efectuados.				Desrespeito pelos utentes.	Participação das instituições.	Porque é o que acontece a maioria das vezes.
77	2	33	2	10	2	2	A falta, por parte do utente, no cumprimento das recomendações da enfermeira e médico.	Incentivar o utente a cumprir o que lhe é recomendado e a não ser tão ansioso.	Porque ter calma é importante e faz bem à saúde, e porque é necessário tempo para "as coisas" fazerem efeito. Terem tempo para actuar.	Falta de diálogo. Falta de confiança. Falta de responsabilidade.	Tratar a doente. Dar condições à doente para se tratar.	Porque a equipa não funciona bem com uma doente.	Os que há em "todos" os locais públicos da saúde sem cunhas. Aguardar a sua vez!	Eliminar as listas de espera!	Porque se as coisas tem que ser feitas que o sejam hoje. Há quem queira trabalhar. Pode é não haver máquinas...
78	2	40	2	16	2	1	Deixar de prestar assistência ao sr. J.	Uma reunião com o utente e família, para se ter um plano de acção. Tentar saber quem é o cuidador do utente. Actuar mais na prevenção e pedir ao utente que colabore.	Por vezes estes comportamentos são por falha de informação.	Problemas de ética profissional e solidariedade.	Que a chamassem à atenção para uma reabilitação e em caso de nova situação de embriaguês no serviço ser "punida" pelo mesmo.	Porque a questão de comportamentos alterados interfere com o funcionamento da equipa.	Falta de assistência da saúde.	Que se envolvessem mais na utente e não parassem (com tanta burocracia) o processo de salvar uma vida.	Se ao 1º sinal alguém telefonasse ao profissional da cirurgia talvez o processo não atrasasse tanto.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
79	2	47	2	21	2	1	"A cada dia que passa sentem-se tentados a deixar de investir nele os seus esforços".	Maior empatia e compreensão pelo sofrimento dos outros e que cada pessoa tem a sua própria personalidade fruto da hereditariedade mas também do meio em que foi criado e educado.	Porque a pessoa é um ser humano, ou mais precisamente um ser bio-psico-social, tem necessidades, emoções, angústias que o levam a ter determinados comportamentos.	Queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos, grande instabilidade, sai frequentemente do serviço, hálito alcoólico, mas ninguém tinha coragem para a confrontar directamente. Problemas éticos da pessoa em causa versus colegas de trabalho.	Relação de ajuda à colega com problemas, quer relativamente a encaminhamento especializado, como a travar os seus maus procedimentos ao fazer entender as situações e colaborar minimizando os efeitos colaterais.	Porque todos somos seres humanos, somos imperfeitos e devemos trabalhar em espírito de equipa para atingir um objectivo comum.	Não ser seguida apenas por um médico; tempo muito alargado entre as consultas.	Pedir alterações de organização e funcionamento dos serviços de saúde.	Porque as políticas de saúde só se definem com a participação activa e motivada de todos e sobretudo que pretendemos mais justa com os que mais directamente lidam com problemas / necessidades.			
80	2	39	2	17	2	1	Falta de conhecimentos ao nível do utente? Desinteresse pessoal ao nível da sua saúde? Falta investimento do utente na sua saúde e bem estar.	Compromisso vincado entre utente/profissional, vigilância utente/cumprimento das orientações do profissional de saúde, profissional/orientação do utente com base científica.	O profissional de saúde tem de investir mais na prevenção da doença para impedir complicações tardias.	Atitude incorrecta perante os colegas da equipa? Falta de coerência nos cuidados prestados?	Ajudar. Oferecer ajuda.	Para haver equilíbrio individual e em equipa.	Falta de ligeireza na resolução do quadro apresentado? Desinteresse pelos sintomas apresentados? Incapacidade, impotência para o sistema de saúde?	Maior atenção às queixas. Ouvir - saber escutar, para o facto temos dois ouvidos e uma boca.	Maior brevidade na resolução da situação. Maior intervenção dos profissionais no seguimento dos utentes em relação aos cuidados diferenciados.			
82	1	50	1	25	2	1	Falta de colaboração do utente. Tudo o que é grátis (ou quase) não presta. Usam só o CS para caixote do lixo das suas preocupações e desabafos só lhes interessando o que é "de fora" e o que lhe apetecer agora.	A partir da conclusão de que o próprio não liga, limitar-me a executar a tarefa que pediu - TA. A glicémia que traga o aparelho e as tiras de casa (usar as próprias).	População habituada / habituaram-na a exigir e a ter o livro amarelo para chatear. Nunca questionam qualidade e não há a facilidade de não ter o utente no ficheiro, e o médico ter "livro amarelo" também. Mas, o médico é o senhor! Os outros são desgraçados. Lixem os médicos.	Lembrar que "o médico é o homem!" e o "homem é o médico". Nunca ninguém se preocupa com o médico, só o ataca.	História verídica. Um médico referenciado por A salvou a vida a um utente. Profissionalismo, claro, obrigação, oferecem-lhe um fato de marca. Passados tempos, o A, advogado, tinha um Porsche oferecido pelo utente, e afirmou: eu "safei-o" de pagar uma multa de milhares de euros e tu, só o trataste como é tua obrigação.	Por falta de identificação dos direitos e deveres de todos os cidadãos, só o poder económico existe.	Falta de coordenação interinstitucional. Pouca responsabilidade da parte hospitalar que vai despejando o "caixote do lixo" dos sem abrigo no médico de família.	O hospital deveria "pegar" no utente e segui-lo até ao fim. Mas, o hospital preocupa-se com as despesas do hospital. O centro de saúde, caixote do lixo, que pague. É o que vais suceder nas USF.	Má política de saúde.			
86	1	56	1	30	2	3	Se o utente procura cuidados é porque está preocupado, provavelmente a equipa não está a conseguir comunicar ou não é eficaz. Deixar de cuidar o doente é eticamente reprovável.	Tentar perceber melhor as causas do insucesso. Encaminhar para uma equipa de cuidados continuados ou para equipas específicas de cuidados de HTA e diabetes.	Não é aceitável que o atendimento dos utentes seja efectuado em estado de embriaguez. Diminui a capacidade da médica de avaliar e tratar. Põe em risco a saúde dos utentes.	Abordagem da situação dentro da equipa numa 1ª fase. Comunicar aos responsáveis da instituição numa 2ª fase.	Nenhum dos profissionais que a utente foi encontrando se interessou de facto pelo problema da doente.	Maior profissionalismo. Maior humanização. Maior empenhamento.	O sistema é feito pelas pessoas, falha quando as pessoas individualmente falham.					
90	1	54	1	27	2	2	Falta de empatia doente-profissionais de saúde. Desinteresse do doente.						Burocracia na saúde. Falta de coordenação de serviços.					

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
100	1	55	1	30	2	1	Solicitações de um doente que põem em causa o funcionamento da unidade de saúde, bem como de outros doentes que a ela pertençam. Desinvestimento num doente pouco cumpridor de procedimentos de tratamento pela equipa de saúde.	Que tentassem perceber o motivo de base que dificulta a adesão do doente à terapêutica, nomeadamente se o doente conhece as suas doenças, sabe o benefício do seu tratamento e percebe a conduta terapêutica que lhe é prescrita e que continuem um trabalho de equipa, da qual o doente é parte integrante, fazendo perceber ao doente que há mais doentes que também precisam de intervenção.	Porque o insucesso terapêutico pode estar associado a uma má compreensão do problema e ao não estabelecimento de uma boa relação profissionais de saúde/doente. Para além disso, é importante fazer perceber ao doente que há outros doentes além dele e que, pelo princípio da justiça, não podem ser prejudicados, assim como ele não pode.	O conhecimento de um problema de saúde de uma colega pelos profissionais de saúde que não foi comunicado a outras pessoas. O problema de saúde da pessoa em questão interfere com a sua actividade profissional e a relação com os colegas e os doentes.	Se algum dos profissionais de saúde fosse o médico assistente da E, recomendar-lhe-ia que aconselhasse a sua doente acerca do tratamento para o alcoolismo, mantendo sempre o sigilo médico. Aos colegas, não médico assistente, recomendava que confrontassem E com o problema e com a interferência que esse problema tem na sua actividade profissional.	Porque E além de profissional de saúde, é também ela doente. Desta forma, e atendendo ao princípio da beneficência, é dever do médico fazer uso da Medicina em prol do bem da doente. Além disso, o CS tem outros doentes e, segundo o princípio da não maleficência é dever do médico tentar impedir uma conduta errada da E sobre os seus doentes.	Dificuldade logísticas para que a doente tenha o atendimento médico a que tem direito e em tempo útil. "Ultrapassagem" na fila de espera devido a conhecimentos pessoais.	Apesar de a doente não ter médico de família, fazia sentido que o médico que a assistiu da primeira vez tivesse em consideração a morosidade das técnicas diagnósticas e a distância a que a doente vive, bem como as consequências que podem advir do facto de o diagnóstico ser feito tardiamente.	Porque o médico deve agir sempre em benefício dos seus doentes e deve entender o doente não como "um nódulo na mama" mas como uma pessoa social, cultural e economicamente inserida num contexto particular.			
101	1	54	1	29	2	1	A dificuldade da equipa de saúde em tratar um doente que não se deixa compensar das suas patologias. A tentação de deixar de investir nele os seus esforços.	Continuar a investir no doente os seus conhecimentos médicos para o compensar, se não conseguirem, enviá-lo aos cuidados diferenciados hospitalares para internamento e compensação.	Para não deixarem de cumprir os princípios éticos da sua profissão.	Alcoolismo no serviço de uma médica. Eventual silêncio da equipa da saúde sobre o desempenho profissional sob o efeito do álcool.	Tratamento de desintoxicação alcoólica da médica.	Atraso no diagnóstico e tratamento do cancro da mama que acabou por ser operado já com metástases.	Maior celeridade nos exames de diagnóstico. Menos complicações burocráticas para marcar consultas e exames. Maior rapidez no início de terapêutica.	Para em casos semelhantes, os tumores malignos serem tratados em fases mais precoces e sem metástases.				
102	2	56	1	29	2	1	Informação dos cuidados básicos pessoais para a HTA e Diabetes. Agendamento de consultas necessárias e imprescindíveis pela equipa de saúde. Apoio domiciliário pela assistente social.	1 - Educação para a saúde em HTA e Diabetes feita pela enfermeira. 2 - Possibilidade de avaliar no domicílio TA e glicémia. 3 - Agendamento de consultas regulares, com possibilidade de pedir ajuda quando urgente.	1 - Para o doente interiorizar a auto responsabilização pelos seus cuidados de saúde. 2 - Para evitar deslocações desnecessárias ao CS. 3 - Para se sentir acompanhado.	Profissional de saúde não responsável pela sua própria saúde. Permitir interferências da vida pessoal na vida profissional. Cumplicidade da equipa de saúde.	1 - Autoavaliação da sua saúde pessoal e, tratamento adequado e, atempadamente. 2 - Aconselhamento para essa avaliação. 3 - Comunicação e orientação aos dirigentes antes que sejam os doentes a fazê-lo.	1 - Porque antes de tratarmos os outros, temos que nos tratar a nós próprios. 2 - Em equipa de saúde, devemos ter à vontade para esse aconselhamento. 3 - Devemos informar e pedir ajuda aos dirigentes da instituição antes que sejam os do exterior a fazê-lo.	Neste grupo etário a suspeita de neo da mama era de se colocar. Conhecendo a realidade da demora na execução de EADs deveria ter pedido tudo de uma só vez / ou enviá-la de imediato ao IPO.					

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
104	2	56	1	31	5	3	Reconheço o domínio do doente sobre a própria vida. Mas será que a medicação não é a mais correcta para este doente? O doente estará a cumprir os conselhos higienodietéticos? Toma a medicação instituída?	Tentar mais uma vez mostrar ao doente os riscos do não cumprimento dos conselhos médicos e das consequências da falência da terapêutica nos vários órgãos alvo.	Porque é um doente com um risco global cardiovascular, que poderá ficar com sequelas graves, necessitando de cuidados continuados até ao fim da vida.	Conseguir que E queira fazer tratamento para poder reconstruir a sua vida afectiva e que o seu trabalho decorra sem o uso de álcool e favoreça a sua saúde física, psíquica e social.	Uma vez E, encontrando-se motivada, procurar fazer tratamento ambulatorio, com tratamento individual e com os apoios necessários da equipa multidisciplinar conforme a evolução da sua situação clínica.	Porque o doente alcoólico tem de se sentir motivado, e que a equipa multiprofissional consiga que E não tenha recaídas e que se sinta física, psíquica e socialmente capaz de reconstruir a sua vida sem álcool e não colocar as outras vidas que dependem de si em perigo.	Falta de profissionais nos CS., nº excessivo de utentes em cada profissional, dificuldade na resposta atempada às solicitações em "virtude de haver abuso de um "determinado" número de utentes, prejudicando outros que trabalham e com mais dificuldade, por vezes, na consulta atempada e a organização do Sistema de Saúde não garante serviços de referência atempada em relação com as situações clínicas.	Penso que não depende só dos profissionais, mas sim da organização do sistema de saúde, pelo nº de profissionais e excesso de utentes e dificuldade na resposta atempada.	Se a utente em causa tivesse sido seguida pelo seu médico de família, penso que poderia não ter sido tanto tempo para obter a consulta de referência e tratamento.			
105	2	52	1	26	6	3	Nunca se deve deixar de investir na saúde de um utente. Deverá ser ponderado "novos métodos", "novos esforços" para poder lidar com a situação clínica. Ponderar o que está mal e investir para melhorar.	Ponderar rectificar o que está mal. Mudar de métodos para poder ter melhores resultados.	Não se deve desistir de investir.	Desinteresse. Falta de atenção e de intervenção neste caso clínico.	Actuação imediata com equipa multidisciplinar para investir neste caso clínico.	Nenhum caso deve ser considerado "perdido", é necessário muito "método" e investir. Também temos que ponderar que a aceitação do utente é um factor chave para que tudo corra dentro do possível e melhore.	Muita demora na resolução desta situação clínica. Muita demora da utente em mostrar os exames. Má organização do sistema de saúde em dar resposta.	Após exame clínico "correcto", melhor orientação deste caso.	Só por si o diagnóstico obriga a uma intervenção mais rápida e eficaz dentro do possível.			
106	2	44	2	22	6	3	Desmotivação da equipa.											
107	2	39	2	18	6	1	Juízos de valor. Falta de empatia. Desmotivação para investir neste utente.	Explicar as normas e regras de funcionamento do serviço. Educar o utente no sentido de encaminhar as suas necessidades de forma integrada e que não perturbem o funcionamento do serviço e não colidam com os interesses dos outros utentes.	Porque parece-me muito importante que haja limites para este tipo de utentes. Por outro lado, fazê-lo sentir-se responsável pelo seu tratamento, bem como partilhar resultados. Coresponsabilizá-lo pelo plano de cuidados e estabelecer pequenos objectivos.	Alheamento de um problema conhecido. Falta de solidariedade por parte da equipa. Risco de comportamentos irresponsáveis por parte do profissional, pondo em causa o receptor dos cuidados e a equipa.	Confrontar a pessoa com factos. Tentar que uma pessoa afectivamente importante fale com a pessoa implicada. Propor tratamento.	Ajudar a colega. Acautelar os interesses dos utentes do serviço.	Falta de acessibilidade aos cuidados de saúde. Falta de equidade aos cuidados de saúde. Falta de continuidade na prestação dos cuidados. Fragilidades do sistema de saúde. Poder do patrocinato.	Isto é um problema estrutural, difícil de resolver. Mas, se eu tivesse sido o profissional a atendê-lo na primeira consulta, aconselhava a utente a dirigir-se à consulta aberta quando eu voltasse a lá estar.	No sentido de ler o resultado dos exames e tornar o processo de encaminhamento mais célere.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
108	2	57	1	33	6	1		Falava com o doente para melhorar a situação e o seu controlo.			Falava com ela para a ajudar nos seus problemas.			Teria falado com um colega para acelerar a actuação.	
109	2	58	2	36	1	1	Falta de motivação para continuar.	Encaminhamento para os cuidados de saúde secundários.	Porque é preferível encaminhá-lo para outros cuidados do que abandoná-lo.	Comportamento.	Não serem cúmplices com estas situações.	É preferível enfrentar o problema do que ignorá-lo.	Descuido. Tempo em demasia para problemas tão graves. Negligência médica.	Terem mais ética nestas situações.	O fim de tanto tempo. Tumor maligno que talvez fosse evitado.
110	2	38	2	15	1	3	O facto de a solicitação de cuidados perturbar as actividades do CS. O facto de haver rotinas na unidade de saúde. A vontade dos profissionais em deixar de investir.	Que reorganizem o funcionamento do serviço. Que dessem prioridade às necessidades sentidas pelo utente. Que reestruturassem a intervenção neste caso.	Provavelmente os cuidados que estão a ser prestados na este utente estão desadequados e não vão de encontro às necessidades reais deste utente, por isso a situação clínica mantém-se.	A omissão dos profissionais perante a situação.	O envolvimento da equipa, talvez reunindo para avaliar a situação, identificar métodos e/ou terapêutica ou outra solução para a situação.	Quando existe comunicação na equipa e partilha de opiniões e discussão, a solução de situações problemáticas fica mais facilitada.	Falta de médico de família. Inaccessibilidade dos utentes aos serviços de saúde. Inércia e intercomunicação dos diversos serviços de saúde. Ser necessário pedir ajuda a alguém ligado à saúde para conseguir ter acesso aos cuidados.	Que olhassem para a utente, se empenhassem, se articulassem e resolvessem a situação, como se de um familiar seu, se tratasse.	Os profissionais habitualmente resolvem pontualmente o problema que o utente expõe no momento e não se envolvem e empenham no sentido de encaminhar e solucionar com a maior brevidade.
111	2	33	2	11	1	3	Para atendermos o senhor J. quando este o solicita, estamos a pôr em causa o agendamento / atendimento de outros utentes.	Esclarecimento ao senhor J. dos inconvenientes destes pedidos de cuidados a qualquer hora, indicar ao senhor J. que sempre que tenha alguma dificuldade venha, mas se puder que venha à hora x que é a hora que temos disponível sem prejuízo dos restantes utentes.	Porque assim damos resposta ao senhor J. sem prejudicar os outros utentes.	O atendimento de um utente está a prejudicar os outros utentes.	Conversar com a E., encaminhá-la para uma consulta de alcoolismo, depois de a motivar para tal. Tenta que o melhor atendimento da senhora E. não fosse prejuízo dos restantes utentes.	Porque se nos respeitarmos nas diferenças, todos saímos a ganhar. E uma situação de dependência é sempre difícil. Cabe-nos a nós ajudar estes utentes.	Falta de resposta atempada aos problemas da utente. Os profissionais não tiveram em conta a pessoa mas sim os protocolos.	Recomendaria uma reflexão sobre as práticas, onde provavelmente surgiria uma uniformização de critérios para o encaminhamento de utentes neste tipo de situação. Talvez as metástases ganglionares fossem evitadas.	A reflexão sobre as práticas, se for feita de forma humilde e crítica, leva sempre a uma melhoria das mesmas.
112	2	36	2	14	1	1	O facto de se sentirem "tentados a deixar de investir nele os seus esforços".	Verificar o nível de necessidade idealizada pelo utente para a sua situação clínica.	Os processos de ensino/formação, tem que estar de acordo com as necessidades identificadas pelo próprio utente. Mais do que a sua envolvimento no processo é necessário que ele sinta necessidade duma atitude terapêutica. Caso contrário ele pode reconhecer a necessidade de mudar, mas não incorpora essa necessidade em si.	A própria prestação de cuidados está posta em causa face ao facto de estar ébria durante o atendimento.	A necessidade emergente de recorrer a tratamento.	Para que a sua prestação de serviços não pudesse ser posta em causa. Uma vez que os danos causados na área da saúde, são de difícil reparação.	Tempo de espera relativa a um problema que "evidentemente" não pode esperar.	Não são os profissionais envolvidos, a quem se deve fazer recomendações. O sistema ou os sistemas envolvidos, não justificam tamanha burocracia, uma vez que será ousarmos na decisão, pelo que, a celeridade dessa mesma situação apenas depende da vontade de tomar decisões, libertando-a de passos burocráticos, que no menor dos problemas, encarecem a saúde.	Precisamente porque, os profissionais de saúde e a sua decisão sendo fundamentada na sua competência, não necessitam desta "burocracia" muitas vezes conveniente. Pergunto eu, porque é que o sistema paralelo, chamado da "cunha", não pode ser o normal?

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
113	2	56	2	36	1	3	"O deixar de investir no senhor J. os seus esforços".	Se o senhor J. continua com valores de TA e glicemia elevados alguma coisa corre mal. Uma visita domiciliária da equipa ajudaria a compreender as "reais" necessidades do doente.	Porque para ajudar este senhor é preciso saber e compreender as suas reais necessidades e "construir" a partir daí o plano de acção.	O não reconhecimento (deixar andar) de uma situação que podia pôr em "risco" a saúde de outras pessoas.	Os seus superiores hierárquicos deviam "sentar-se" com ela para a ouvir. Talvez depois fosse possível, ela aceitar que tinha um problema que era urgente solucionar. A partida para uma desintoxicação tem de ser da sua própria escolha e vontade, nunca pressionada.	Porque para um "tratamento" resultar tem de ser uma necessidade sentida interiormente pela própria. Nada se deve, nem pode impor, ensinar ou ajudar. Se a pessoa não o permitir, não podemos (equipa da saúde) querer que a utente faça isto ou aquilo, ela é que tem de decidir o que é para ela o melhor, temos que respeitar isso.	A necessidade de recorrer a "cunhas" para usufruir de um direito.	Logo na 1ª consulta pedir todos os exames e análises de acordo com a situação. Atender às prioridades.	Com um pouco mais de atenção (em cada caso e em cada situação) poupar-se-ia em saúde, em deslocações desnecessárias, em sofrimento físico e psicológico.
114	2	24	2	1	1	2		Que fizessem entender ao utente que os cuidados de saúde dependem também da sua actuação e envolvê-lo no tratamento, tornando-o responsável neste processo. Depois tentar marcar conjuntamente consultas periódicas de modo a limitar a sua afluência à unidade de saúde, sem contudo, o privar dos cuidados a que tem direito.	Porque se o utente é assistido com frequência mas, mesmo assim, não lhe pode ser negado o direito à saúde.	Nesta situação a profissional de saúde é incapaz de cumprir a sua função, podendo inclusive prejudicar o funcionamento do serviço e prejudicar o próprio doente.	Recomendaria aos colegas que agora expusessem a situação à chefe de modo que em equipa tentassem ajudar a colega, encaminhando-a para os serviços de saúde adequados e enquanto não recuperasse teria que ser afastada dos cuidados.	Porque não está em condições de prestar cuidados, podendo mesmo prejudicar os doentes.	Em causa está a igualdade no acesso aos serviços de saúde, vista a utente não ter médico de família, nem serviços de saúde próximos.	Nestes casos deve ser tido em conta o acesso e a facilidade em aceder aos serviços de saúde por parte da utente. Se possível, pedir os exames num mesmo acto de consulta.	A demora de resposta e a falta de coordenação, assim como a dificuldade da utente, dos serviços de saúde, impossibilitam o diagnóstico em tempo útil, causando o aumento da gravidade da situação.
115	2	36	2	13	1	1	O senhor J. tem sido orientado da seguinte forma: quando solicita cuidados que interferem nas rotinas do serviço, é atendido e de seguida é marcada uma consulta de enfermagem para que seja atendido quando nos solicita e já não interfere com as actividades, assim a sua TA e glicemia capilar são avaliadas com regularidade.	Estes casos tem que ser sujeitos a avaliações frequentes por parte da equipa multidisciplinar.	Porque estes utentes, além da intervenção médica e de enfermagem, necessitam também de apoio de assistente social e psicólogo. Às vezes, também da consulta de nutricionista.	Um profissional de saúde trabalhar alcoolizado. Abandono do serviço durante o horário de trabalho. Negligência da equipa de saúde para com a colega.	Que tentem apoiar a colega, tentando encaminhá-la para os serviços de alcoologia e psiquiatria (ou outros que considerem pertinentes).	Porque mesmo sendo profissionais, temos as mesmas fraquezas que os nossos utentes, portanto devemos ser tratados nos mesmos locais.	Todos!! Esta é a realidade do nosso país. Todo o utente tem direito a ter um médico que o assista. Tempo de espera entre consultas e exames. Com "cunha" foi internada num mês!!!	Deveriam ser responsabilizados, até o director do Centro de Saúde, pois uma doente destas têm que ter um médico que a assista. Recomendaria aos utentes que olhassem com olhos de ver para estes caos e os assumissem por inteiro.	Porque qualquer profissional tem responsabilidades éticas pelos doentes que avalia nas consultas, pelo que observam, portanto é da sua obrigação encaminhá-los e orientá-los o melhor possível.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc	IIIa	IIIb	IIIc
116	2	44	2	20	1	1	O senhor J. provavelmente não está a cumprir com o esquema de tratamento (quer da diabetes, quer da hipertensão) dado pelo equipa da saúde, talvez não esteja motivado ou não perceba quais as vantagens do controlo da diabetes e da hipertensão.	Penso que valeria a pena tentar (por parte da equipa de saúde) que o senhor J. ficasse mais envolvido no seu próprio tratamento, bem como a sua família. Para isso era necessário que os profissionais de saúde numa fase inicial despendessem mais tempo com o senhor J.	Só devidamente esclarecido sobre os problemas de saúde e das consequências que poderão advir pelo facto de não se tratar, é que o senhor J. poderá ficar motivado e empenhar-se no seu próprio tratamento.	O respeito pela senhora E. e pela sua privacidade, levou a que a equipa de saúde ficasse à espera que a senhora E. procurasse ajuda por sua própria iniciativa, o que não aconteceu, e acabou por ser um familiar dum doente a fazer queixa.	Penso que se a senhora E. estava no seu posto de trabalho a causar alguns problemas, deveria ser chamada à atenção pelos seus chefes e nessa altura, deveria ser atitude dos próprios chefes o tentarem perceber a razão de alguns dos seus comportamentos.	Porque se a senhora E. não se encontrar bem no seu posto de trabalho, não pode desempenhar bem o seu papel. Também acho que se ela não consegue ter iniciativa própria para procurar ajuda, deve ser orientada para isso mesmo e para um tratamento.	Tratava-se de uma situação grave, em que o tempo é precioso, e que acabou por ser operada já numa fase tardia (tumor maligno com metástases ganglionares). Esta situação que se passou com a senhora F., tem a ver com a falta de continuidade dos cuidados e concretamente com o facto de não ter médico de família.	Penso que o que falhou aqui, foi a existência de vários médicos a consultar esta senhora, que a viam numa situação pontual sem conhecerem o seu passado. Se tivesse havido maior partilha de informação e envolvimento dos profissionais que a seguiam, talvez a situação corresse melhor.	Porque nestes casos de tumores malignos, o tempo é precioso, e a pessoa independentemente de ter ou não médico de família, deve ser devidamente orientada.			
117	1	58	1	32	1	3	Em todas as circunstâncias tento dar o meu melhor.	Compreender as razões da não adesão.	Podem haver circunstâncias subjacentes à não adesão, não perceptíveis de imediato e uma vez resolvidas, poderiam ultrapassar o problema.	Solidariedade da equipa.	Entreajuda.	Para tentar resolver o problema.	Não assumir a gravidade do caso.	Abrir uma exceção e aceitar esta doente na sua lista.	Poderia "queimar" etapas, ganhando tempo para a resolução do problema.			
118	2	52	1	18	1	1	Pedidos frequentes de cuidados que dificultam as actividades da unidade de saúde.	Informar o utente que os medicamentos demoram mais tempo a efectivar resultados e marcar previamente a próxima visita.	A excessiva ansiedade perturba a saúde do utente e o relacionamento com os profissionais.	E. encontrava-se doente e sem condições para exercer a sua profissão com competência.	Na equipa de saúde, ao detectar-se a perturbação de E. era necessário confrontá-la com a situação e ajudá-la a alterar esse estado.	Evitar-se-iam motivos de queixa tanto de utentes como de outros profissionais e seria mais fácil recuperar / melhorar o estado de saúde.	Falta de médico de família e consultas sucessivamente por médicos diferentes. Pouca acessibilidade dos MCD. Má articulação com os CSS.	Ao 1º sinal de gravidade, o médico faria contactos telefónicos para acelerar as coisas e podia seguir a utente até à chegada da doente à consulta diferenciada.	Com contactos telefónicos podemos ultrapassar as barreiras da distância e antecipar procedimentos. Também pode resultar assinalar "urgente" nos documentos como credenciais e P1.			
119	1	50	1	24	1	3	Partilharia a informação com a equipa de saúde e acentuaria o ensino de estilos de vida saudáveis, explicando-lhe que a situação não se reverte de um dia para o outro.	Que lhe ensinassem a avaliar a glicemia e tensão arterial no domicílio e que viesse quando descompensado. No entanto, primeiro deveria telefonar para tentarmos resolver o problema.	As consultas em demasia, não programadas, ocupam vagas que prejudicam outros utentes que eventualmente necessitam mais.	Problema de falta de comunicação directa, abordando frontalmente o problema. Partilharia a informação com a equipa, recapitulando atitudes tomadas e modificando as menos "simpáticas".	Paciência e que falassem franca e abertamente com a profissional, Estudaria a possibilidade de doença do foro psiquiátrico a influenciar o seu comportamento.	1º, é necessário explicar que os comportamentos agressivos podem ser agravados pelo álcool. 2º, seria mandatário aconselhá-la a tratar-se. 3º, prejudica a restante equipa.	Seu direito à saúde seriamente prejudicado. Não ter sempre o mesmo médico a par dos seus problemas e ter que os partilhar com vários médicos. Colocar a par da sua situação de saúde o filho da patroa.	Que a utente procurasse sempre o mesmo médico em consulta aberta e se possível que um deles se responsabilizasse pelo seu seguimento.	Melhor funcionamento, melhor conhecimento do seu problema de saúde, ter a sua vida familiar menos devassada e ter confiança no profissional que a segue.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
121	2	61	1	37	4	2	A terapêutica não está adequada; não há normas reguladoras de acesso aos cuidados de saúde.	Que definissem um horário expresso de atendimento desta situação e outras similares. Será de investir na área da prevenção de saúde.	Havendo um tempo expresso de atendimento a rotina de cuidados de saúde não será perturbada. Este tipo de patologias depende muito dos estilos de vida dos doentes.	A falta de acompanhamento de E. pelos colegas do serviço.	Recomendaria que o colega que tivesse maior proximidade de E. a orientasse no sentido de assumir os consumos e a tratar-se da dependência. Enquanto tal não acontecesse seria convidada a não comparecer no serviço usando uma baixa clínica.	Porque não está em condições de assumir responsabilmente as suas funções.	Demora excessiva entre as diferentes etapas diagnósticas. Deveriam juntar-se algumas etapas. O acesso programado aos cuidados diferenciados deveria ter em atenção as patologias que aguardam intervenção. O serviço de urgência não deveria ser a resposta!	Quando se pede uma mamografia deve pedir-se logo a eco, se necessário. Os hospitais devem fazer uma triagem dos pedidos que recebem para poderem priorizar os atendimentos de acordo com a urgência dos mesmos e não com cunhas...	Se todos se interessassem verdadeiramente pelos doentes as actuações eram mais eficazes e em tempo útil. A burocracia mata!			
123	2	46	2	23	4	3	O dilema ético no relacionamento profissional de saúde e doente: Falta de informação ao doente acerca da sua doença. Falta de ajuste na terapêutica. Não adesão ao regime terapêutico.	Para analisarem o trabalho efectuado e reconhecerem eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. Procurar adequar os cuidados às necessidades concretas da pessoa.	A prática profissional deve centrar-se no doente, a qual deverá ter em atenção o conhecimento do doente enquanto pessoa e as suas necessidades especiais. É tarefa ética do profissional realizar uma reflexão crítica acerca deste assunto.	O dilema entre a doença (dependência do álcool) e o cumprimento deontológico enquanto funcionário de uma instituição de saúde. O profissional em causa não respeitou os direitos dos utentes.	A aplicação do princípio ético da beneficência / não maleficência e ainda aplicação do princípio da justiça. Incentivar / ajudar na aceitação da doença e aceitar o tratamento.	Porque se deve avaliar os potenciais riscos da situação. Deve existir uma recomendação a este doente / funcionário. O serviço deve orientar / aconselhar ao tratamento.	O direito ao cuidado na saúde / doença em tempo útil. O não cumprimento do princípio da justiça.	Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.	Parque a área da saúde é traduzida por equidade ou garantia de prioridade de acesso aos serviços de saúde.			
124	2	61	2	38	4	3	Assistir o senhor J. que provavelmente não tem nada de novo, já está diagnosticado, não responde aos outros utentes que podem ter casos urgentes.	Avaliar TA e glicemia para despistar algum valor anómalo. Caso necessário medicar e fazer o utente agendar para que lhe seja feito novo ensino quando os técnicos estiverem disponíveis.	Com este procedimento o senhor J. é atendido devidamente, salvaguardando uma situação grave e não perturba a rotina da unidade.	Não manifestar a minha opinião, conversar com a E. para ajudar a ultrapassar a dependência, participar formalmente a situação da colega.	Recomendaria que a E. pedisse apoio psiquiátrico a fim de se tratar e posteriormente retomar o seu trabalho. Recomendaria também que todos os colegas a apoiassem sem a descriminar.	A E. deve ser ajudada porque se encontra doente. Não quer dizer que seja uma má profissional, mas está numa fase difícil. Quando recuperar poderá ser uma mais valia na equipa.		Recomendar o pedido de todos os meios complementares de diagnóstico que podem ser necessário logo na 1ª consulta. Pedir que seja a doente a entregar os resultados ao médico em mão própria.	Pedindo todos os exames principais podemos ganhar tempo e impedir de se chegar a esta fase avançada.			
126	2	56	2	34	1	1	Desistir, desinvestir, abandono. "Deixa pra lá"	Envolver um familiar (ou vários). Efectuar visita domiciliária. Nunca desistir. Procurar apoios noutros elementos da equipa, como assistente social, psicólogo.	Conhecer o ambiente envolvente do senhor J. Carências afectivas? Isolamento? Tipo de alimentação? Distrações? Etc...	Ninguém dispõe do direito moral de deteriorar a própria integridade, daí ser necessária a vivência da solidariedade.	Eticamente devemos, lucidamente, através da acção, concorrer para o desenvolvimento e o equilíbrio possível, pessoal e social de todas as pessoas com quem partilhamos a vida.	Ajudar a viver com sentido e qualidade de vida possível, proporcionando a cada um o apio ajustado, com dignidade, serenidade e sem manipulações.	Indiferença. "Cumpri, pedindo os exames?" Falta de profissionalismo. Profissionais burocratizados, insensíveis, indiferentes à dor alheia e respectivas dificuldades.	Prever e prevenir, planificando as intervenções no momento oportuno com solicitude e criatividade. Competência profissional é necessária e rapidez na actuação.	Minorar o sofrimento. Criar comissões que integrem a defesa dos doentes. Desenvolver a sensibilidade moral.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
127	2	35	2	14	1	3	Neste caso o princípio da justiça poderá estar em causa, ou seja o direito deste utente ter acesso aos cuidados de saúde de forma equitativa em relação a outros utentes. O conceito de imparcialidade poderá ser afectado pelo sentimento de impotência por parte dos profissionais de saúde.	Os profissionais de saúde deveriam tentar estabelecer uma relação empática com o utente e mais eficaz possível por forma a conduzi-lo à sua auto responsabilidade e permitindo o trabalho do profissional.	A eficácia dos cuidados é proporcional o justo cumprimento do "contrato" de saúde.	Conflitos entre ética pessoal e ética profissional, e dentro desta última colocamos a observação do princípio da beneficência. Tomamos por base que toda decisão ética advém de uma escolha pessoal e activa e é decorrente de convicções, valores e princípios morais de uma pessoa.	Em primeiro lugar tentar a consciencialização da profissional em questão, alertando-a para a sua prática e marcando a nossa posição.	Porque é necessário cumprir o código de trabalho e deontológico dos profissionais (o erro de um elemento pode sair caro a toda a equipa; além da profissional em causa também poder ser necessário ser tratada como utente).	Podemos enumerar a alteração de princípios: o da beneficência (pois o sistema piorou o agravamento do estado de saúde da utente) e em contrapartida o da justiça (a utente contorna o sistema, e ultrapassa a vez de outros, talvez piores do que ela e com menos recursos).	Rentabilizar todos os recursos humanos e físicos, expor as situações.	Porque há necessidades a colmatar e se todos cumprirem com exactidão e rectamente o seu papel diminui-se a possibilidade de desvio.
131	1	54	1	30	1	3	Ocupação excessiva, por parte do doente, dos cuidados de saúde. Desistência da equipa de saúde no tratamento do doente. Má relação equipa de saúde/doente.	Programação das consultas do doente. Explicar ao doente sobre os cuidados a ter com a sua doença e fazer ver que não é por ter muitas consultas que fica melhor. Avaliação programada do doente.	Só com boa organização e programação deste tipo de consulta se poderá obter melhor avaliação da situação e aceitação do doente.	Falta de confronto directo com a colega em questão. Incapacidade física e psicológica da colega exercer as suas funções.	Confrontar a colega em questão, no sentido de tentar ajudar na sua situação patológica. Aconselhar o seu tratamento e tentar que só após esse tratamento deveria exercer as suas funções.	Um elemento com este tipo de patologia só se prejudica a si mesmo e pode prejudicar os seus utentes.	Não haver um médico do CS que a recebesse no seu ficheiro. A variedade de médicos que a doente foi obrigada a consultar. O tempo excessivo que se demorou até se chegar ao tratamento.	Orientar a doente para um centro especializado o mais rapidamente possível. Evitar tanta burocracia. Haver maior preocupação em resolver a situação clínica.	Se houvesse respostas mais rápidas das consultas hospitalares, de forma a que os doentes deixem de ser bolas de "ping-pong".
132	1	52	1	29	1	3	Não pode haver desistência de prestação de cuidados. Fraca razoabilidade no acesso aos cuidados de saúde.	Melhor avaliação, programação e incentivo para melhoria de atitudes saudáveis, tanto em dieta como em exercício.	Porque as duas patologias não estão controladas clinicamente e parece que também dada a falta de disciplina no uso dos recursos, também a sua atitude perante os estilos saudáveis de vida não serão as melhores.	Cumplicidade em situação potencialmente lesiva para os utentes. Não reconhecimento do estado de doença. Comportamento ético negativo.	Esclarecimento completo da situação e acompanhamento adequado com a intervenção pluridisciplinar.	Para se providenciar a recuperação tanto da doente como da profissional.	Falta de privacidade e do seu direito ao sigilo. Falta de referência atempada. Falta de condições necessárias para a resolução atempada do problema.	Uma mais célere referência (através de contacto pessoal, por carta, telefone ou recurso ao serviço de urgência) com uma via aberta de recepção dos exames e avaliação.	Situação maligna que poderia ter sido resolvida mais cedo, com mais hipóteses de sobrevivência.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
133	2	39	2	17	1	3	O utente não cumpre devidamente o acesso aos cuidados de saúde. Permissividade (por parte da equipa) ao não fazer o utente entender os seus ensinamentos, podendo alterar a relação utente/profissional. Outro problema será em relação aos outros utentes, que este utente consome muito mais tempo do que os outros utentes (sem o princípio de justiça).	Os profissionais deveriam estabelecer com o utente uma relação eficaz para que o utente entendesse a sua responsabilidade adequando o consumo de cuidados de saúde à sua situação, não atrapalhando a boa qualidade dos cuidados prestados por parte dos profissionais.	Para que a articulação dos cuidados prestados ao utente surtisse a boa qualidade, e se transformasse em ganhos de saúde concretos para o utente.						
134	2	49	2	26	5	1	Responsabilidade do doente perante os seus problemas de saúde. Responsabilidade do utente face à orgânica do serviço / orientações clínicas. Direito do utente de escolha informada em seguir ou não o tratamento. Dever dos profissionais em informar e propor / negociar estratégias. Dever de prestar cuidados a utente.	Estabelecer em conjunto com o utente objectivos / estratégias para melhorar a sua situação clínica. Prazos curtos / encontros marcados para avaliação da situação.	Desta forma talvez se consiga envolver o utente responsabilizando-o pelos resultados. Assim será possível que o utente identifique e reconheça os seus problemas / serão de facto os seus problemas os sentidos por si e ele se sinta mais envolvido e responsabilizado.	Direito à privacidade da profissional. Direito do utente a cuidados de qualidade e seguros. Dever dos colegas em alertar as chefias para a situação.	Que falassem com a profissional em causa (o elemento da equipa com mais aproximação da profissional em questão). Alertar a chefe para a situação.	Para defender a própria profissional de possíveis erros ou faltas. Para proteger o utente de cuidados de menor qualidade.	Dificuldade de acesso a cuidados médicos. Recursos insuficientes (materiais - fazer os exames). Diferenciação no acesso a cuidados de saúde (quem tem amigos tem ...; quem não tem que espere até poder ou morrer ...).	Os profissionais do CS talvez tenham feito o que estava ao seu alcance ... Os profissionais dos cuidados secundários deveriam ter feito no hospital os exames para acelerar o diagnóstico e evitar mais deslocações da doente.	
135	2	54	2	30	5	1	Desmotivação. Saturação.	Paciência.	Por haver utentes demasiado difíceis e sem cumprimento de regras.	Falta de autoestima da E. implica todos os problemas descritos, assim como a própria dependência causa este tipo de sintomas.	Tentar encaminhar para as entidades responsáveis nestes casos de dependência.	Ajuda em especialidade ou em clínico geral treinado na consulta de alcoolismo.	Falta ou má comunicação entre os serviços. Articulação péssima da área de residência.	Actualização em atendimento e qualidade nos serviços públicos.	Para não haver este tipo de situações complicadas e prestar melhor atendimento e sem demoras. Nada justifica a atitude/conduita acima descrita.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIC
136	2	41	2	10	5	1	Deixar de investir no utente. Não valorizar as queixas pelo facto de estar constantemente a solicitar cuidados.	A persistência na continuidade dos cuidados. Responsabilizar também o utente pela sua saúde.	Porque o controle dos seus valores glicémicos e da tensão arterial não dependem só dos cuidados prestados ao utente pelos profissionais, mas também dependem dos comportamentos do utente.	Denunciar uma colega por má prática assistencial. Colocar em causa o seu profissionalismo.	Tentar resolver a situação internamente, junto das hierarquias.	É de todo conveniente resolver a situação o mais rápido possível, para não dar má imagem dos profissionais, serviço, e a probabilidade de se cometerem erros.	Deixar arrastar uma situação e não questionarem que podia existir uma lesão grave e encaminhar a utente de imediato para o Hospital aquando da suspeita (contactando o Hospital).	Segundo os recursos existentes havia possibilidades de não deixar arrastar a situação.	Porque é a vida de uma pessoa que está em causa e às vezes um dia pode fazer a diferença entre a vida e a morte.			
137	2	58	2	32	5	1	Responsabilizar o utente pelo que se está a passar, fazendo-lhe ver dos perigos que corre.	Tentar integrá-lo junto de outros doentes com problemas idênticos.	Para que o doente se mentalize que tem que se esforçar para conseguir melhorar da situação em que se encontra.	Tentar saber qual o motivo que levou a E. a ter assim uma vida, mas contudo deve-se respeitar a sua privacidade.	Conseguir que a pessoa em causa frequentasse consulta de desabituação alcoólica e fazer-lhe ver uma vez mais o risco que corre.	Primeiro, porque pode pôr em risco o seu local de trabalho e seguidamente o mau ambiente familiar e profissional que dali lhe possa advir.	Desinteresse do pessoal médico em resolver a situação em causa.	Que tentassem entrar em contacto telefónico com o colega que efectuava as mamografias e eco mamárias.	Para não se chegar ao ponto de já não haver nada a fazer (em princípio) com um prognóstico, penso que bastante reservado.			
138	2	42	2	20	5	3	Ao deixar de investir no utente poderão surgir complicações da diabetes e da hipertensão. Eticamente podemos pensar se eu tivesse tentado mais uma vez ...	Muita paciência ...	Porque temos que tentar sempre tudo o que estiver ao nosso alcance ... "Enquanto há vida há esperança".	Não devemos despedir um profissional que necessita do vencimento para viver e é um ser humano que precisa de ajuda. Os clientes necessitam ser bem atendidos e não têm culpa dos problemas dos profissionais.	Ajudar na libertação do consumo, indo à etiologia do problema que o causou. Tentar pô-lo num trabalho que não tivesse directamente no atendimento público enquanto a situação não melhorasse.	Como colega temos que tentar ajudar, porque é mau para a pessoa que está a ser atendida, para o próprio e para a instituição.	A morosidade e burocracia pode levar à perda de uma vida, ou a complicações muito graves, assim como "andar a brincar" com a utente mandando-a de um lado para o outro. Ficaria mais barato internar a pessoa 2 ou 3 dias e efectuar-lhe os exames todos e tratar a situação numa fase inicial, antes de haver complicações. Infelizmente acontece que só recorrendo a "cunhas" é que se é tratada convenientemente que neste caso, já um pouco tarde...	Se fosse possível, tentar intervir junto dos colegas do hospital para não devolver a utente ao CS sem efectuar todos os exames, até chegar à conclusão que era situação banal.	Porque levaria a menos sofrimento por parte da utente / família, menos custo para o estado e para o utente e a situação numa fase inicial tinha um tratamento curativo simples.			

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	Ila	Ilb	Ilc	IIla	IIlb	IIlc
139	2	59	1	33	5	1	Os utentes devem ser responsabilizados pela sua saúde. Os profissionais de saúde não devem desistir até esgotarem todas as hipóteses de terapêutica. Esse utente deveria ser enviado para consulta de referência hospitalar.	Promoção de consultas programadas. Definir objectivos a atingir.		Mau serviço de atendimento. Falta de diálogo entre a equipa.	Questionar o profissionalismo de todos os elementos da equipa. Diálogo construtivo, mas abordando os pontos mais frágeis do funcionamento da equipa.	Tem de haver um sinergismo de actuação em todos os elementos para que uma equipa funcione.	Embora em teoria se fale na interligação de serviços, na prática não funciona. O problema começa logo na 1ª consulta e prolonga-se por todos os atendimentos.	Nada. Toda a gente sabe como trabalhar bem. Se não o faz é porque não está motivado ou interessado.	
140	2	53	1	27	5	1	É nossa obrigação informar e medicar o doente para o contexto dos seus sintomas clínicos. Saber do cumprimento dos conselhos dietéticos por parte do utente. Mesmo que o paciente não seja cumpridor, devemos sempre colaborar para manter qualidade de vida do indivíduo.	Desenho de estratégias comuns, a pôr em prática com o apoio da família. Diligenciar no sentido do horário de atendimento esteja em conformidade com o utente e os familiares.	Só se consegue um bom controle destes sintomas clínicos com a colaboração do utente ou se este não estiver em condições de o fazer é imprescindível o apoio familiar.	Etilismo nos técnicos de saúde. Falta de diálogo entre os funcionários e as chefias.	Falar abertamente com a funcionária. Convencê-la a ir à consulta de alcoologia ou provável internamento.	Porque esta dependência precisa de apoio especializado.	Vigilância correcta e atempada destas situações clínicas. Muitos utentes e poucos médicos, o que dificulta um bom desempenho do técnico em tempo útil para a patologia.	Quando se solicita mamografia sugerir eventual ecografia mamária se necessário, os dois pedidos em simultâneo. Fornecer sempre um contacto telefónico do CS para maior rapidez na análise de EAD e pedidos de consulta por serviços de referência. Em situações duvidosas entrar em contacto com os especialistas respectivos.	Porque o tratamento destas situações e a sua eficácia depende da rapidez com que é efectuado.
141	1	55	1	30	5	1	1 - A racionalização na utilização dos meios é um problema de gestão e não de ética. No entanto, é eticamente condenável se prejudicar a capacidade de atendimento a outros doentes. 2 - O médico e a enfermeira devem é "afinar" o procedimento, por forma a obter melhoras. Reduzir o "investimento" é eticamente condenável.	1 - Indagar sobre o estilo de vida do doente e ... 2 - Investir na educação para a saúde, na vertente de "hábitos" e na vertente de "utilização dos serviços". 3 - Rever os procedimentos terapêuticos.	Porque o que se pretende é: 1 - Tratar o doente - ser eficaz. 2 - Racionalizar meios - ser eficiente.	Supondo que E. é uma colega de trabalho (não é explícito) há negligência dupla: 1 - Como doente deveria ser "enquadrada" pelos colegas. 2 - Como profissional deveria ser corrigida para não ocasionar situações inconvenientes.	Tentar o diálogo: 1 - Orientar medicamente. 2 - Envolver a chefia no problema. 3 - Usar de medidas disciplinares, só se necessário.	1º É uma colega. Devemos ser, se não amigos, pelo menos solidários. 2º É uma profissional. Há mínimos de respeito pelos doentes para poder exercer a sua função.	A referência deveria ser veemente na provável premência da consulta, com informação detalhada. Perante tal, é criticável o hospital marcar consulta com 6 meses. É também criticável não ser o hospital a marcar a consulta seguinte. O mais grave foi não marcar logo cirurgia, quando tiveram o diagnóstico.	Maior intervenção dos médicos no processo, não deixando um caso destes correr na "onda burocrática" como se fosse um caso de rotina.	Os médicos têm obrigação de restringir casos com esta gravidade e premência.

[illegible]

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	IIa	IIb	IIc	IIIa	IIIb	IIIc
156	2	34	2	10	2	3	O médico e a enfermeira não devem desistir do utente, visto ainda não estar controlado. A rotina da unidade de saúde é feita pelos utentes e tem que ser quebrada sempre que os cuidados aos utentes assim o exija.	Para não desistirem, e continuarem a investir neste utente, fazendo formação e ensinamentos ao utente, incentivando-o a participar nos cuidados e ensinamentos e melhorar ou alterar os seus hábitos de vida diária (exercício físico, alimentação, etc).	Porque cada utente é um utente. Não se deve desistir, mas sim encontrar esforços para melhorar e controlar a qualidade de vida de cada utente, e se se conseguir que um mude os seus comportamentos e estilo de vida e se consiga controlar a sua patologia é muito gratificante para a equipa cuidadora.	Dependência do álcool no local de serviço. Comportamento da E. inadequado em horário laboral.	Que reunissem esforços para ajudar a E. a frequentar uma consulta de alcoologia para deixar a dependência.	Porque todos nós como profissionais de saúde, temos o dever de ajudar os utentes, e neste caso a E. além de colega de equipa é também um utente a necessitar de ajuda e não de críticas e queixas.	A utente não ter um médico de família. A demora na realização dos exames. O não ter sido pedido, logo na 1ª consulta, todos os exames.	Para observarem melhor os utentes, para serem mais eficientes, para reunirem todos os esforços ao seu alcance para melhor e mais rápido diagnóstico e tratamento (mesmo que por vezes seja difícil o acesso à marcação de exames e ao encaminhamento das especialidades).	Nesta situação tratava-se de uma situação grave, que na 1ª consulta se poderia logo ter pensado na gravidade do problema e no quanto era importante fazer um diagnóstico e tratamento o mais rápido possível. Poder-se-ia ter ganho tempo, se a 1ª consulta tivesse sido mais eficaz (pedido logo mamografia + ecografia + exames analíticos).
160	1	51	1	25	2	2	Tentação da equipa de saúde em menosprezar os cuidados ao doente. Este pode ter um nível sociocultural baixo que não lhe permita ter a noção de que anda a perturbar a rotina do serviço.	Aumentar as doses de paciência e compreensão para continuarem a tratar correctamente o doente e simultaneamente insistirem na educação e informação do mesmo, certamente dará frutos.	A educação, nível sociocultural, condições de vida, têm de ser compreendidas e corrigidas se possível.	Falta de compreensão e de coragem por parte dos colegas, que assumiram uma atitude de cumplicidade, ao negligenciarem e menosprezarem a situação. Alguns doentes acusaram a equipa desconhecendo, porventura, as causas da situação.	Assumirem as suas responsabilidades, confrontarem o elemento doente, compreenderem o seu problema, ajudá-lo e orientá-lo, com vista à criação de um ambiente de trabalho saudável e agradável.	Porque para além da saúde do elemento em causa, também fragilizado, estava em causa um serviço a proporcionar a utentes e doentes, necessitando existir um bom clima de trabalho.	Falta de compreensão pela situação da doente (não ter médico de família / local de residência distante do centro dos EAD's / eventual fragilidade pela patologia suspeita de neoplasia) por parte dos vários intervenientes.	Logo à 1ª manifestação, perante a suspeita de patologia maligna, e face à distância dos EAD's, sugeria requisitar todos os EAD's necessários para esclarecimento da situação (mamografia + ecografia + análises com marcadores tumorais). Perante uma doente eventualmente preocupada e fragilizada, sugeria orientação imediata para um colega do CS para avaliação dos EAD's e posterior orientação.	Porque há que ter em conta a patologia eventualmente maligna, o estado emocional da doente, o facto de não ter médico de família com quem possa dialogar e esclarecer atempadamente.
163	2	50	1	25	2	1	Nenhuns.			Relação perturbada com os utentes, e com o funcionamento da equipa de saúde no todo	Que levassem a E. para desintoxicação.	Obviamente para o bem da E.	Não ter médico de família em que confiar e para levar o seu caso clínico até à possível cirurgia sem complicações e com aceleração do processo.	Nesta situação, a suspeita requer sempre aceleração nas acções.	

Legenda: N=nº do caso. A=Sexo (1=Masculino; 2=Feminino); B=Idades (em anos); C=Profissão (1=Médico; 2=Enfermeiro); D=Nº de anos de profissão (em anos); E=Sub-Região de Saúde (1=Aveiro; 2=Castelo Branco; 3=Coimbra; 4=Guarda; 5=Leiria; 6=Viseu); F=Área de trabalho (1=Urbano; 2=Rural; 3=Semiurbano); Ia, Ib e Ic=Respostas ao caso 1; IIa, IIb e IIc=Respostas ao caso 2; IIIa, IIIb e IIIc=Respostas ao caso 3.

GRELHA DE CATEGORIAS FUNDAMENTADA SOBRE OS CONTEÚDOS DAS RESPOSTAS DOS INQUIRIDOS

APÊNDICE 3

GRELHA DE CATEGORIAS FUNDAMENTADA SOBRE OS CONTEÚDOS DAS RESPOSTAS DOS INQUIRIDOS

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	I	Ila	Ilb	Ilc	II	IIla	IIlb	IIlc	III
1	2	39	2	17	3	3	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios								
2	1	51	1	30	3	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
5	2	57	2	32	3	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado
6	2	35	2	11	3	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia
7	1	45	2	20	3	3		Princípios	Princípios	Princípios								
8	1	36	1	10	1	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Casuística	Cuidado	Misto	Princípios	Casuística	Virtudes	Misto
9	2	42	1	16	5	1	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia
10	2	48	1	25	3	3	Princípios	Princípios	Virtudes	Princípios	Deontologia	Deontologia	Virtudes	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
11	1	53	1	28	4	2	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
12	1	50	1	25	4	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
13	2	48	1	25	4	2	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Deontologia	Cuidado	Princípios	Misto	Casuística	Casuística	Deontologia	Casuística
14	2	50	1	27	3	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia				
15	1	58	1	28	3	3	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Casuística	Virtudes	Misto	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística
16	2	41	2	19	3	3	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia	Casuística	Misto
17	2	55	1	29	3	1	Deontologia	Cuidado	Casuística	Misto	Deontologia	Casuística	Casuística	Casuística	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
18	1	50	1	27	1	1	Princípios	Deontologia	Princípios	Princípios	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios
19	1	51	1	26	4	1	Deontologia	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia	Deontologia
20	1	48	1	24	5	2	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Princípios	Virtudes	Virtudes
21	2	53	1	28	3	1		Princípios	Princípios	Princípios		Princípios		Princípios		Princípios	Princípios	Princípios
22	2	33	1	7	3	2	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios		Princípios	Deontologia	Deontologia		Deontologia
23	1	58	1	30	3	2	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia		Deontologia				
24	1	51	1	27	4	3	Virtudes	Casuística	Virtudes	Virtudes	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
25	2	53	1	29	3	1	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes		Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Princípios	Casuística	Princípios
27	2	57	1	30	3	1	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
28	2	34	1	10	1	3	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
29	1	54	1	29	3	1		Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios		Misto	Princípios	Princípios		Princípios
30	2	52	2	31	3	1	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Cuidado	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia
31	2	31	2	7	3	1	Virtudes	Casuística	Casuística	Casuística	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
32	1	49	1	25	6	1	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia

218 ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	I	Ila	Ilb	Ilc	II	IIla	IIlb	IIlc	III
33	2	50	1	25	2	1	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
34	1	41	2	16	3	2	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia			Deontologia
37	2	32	1	8	5	1	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Virtudes	Principios	Virtudes	Virtudes
38	2	35	1	11	5	1	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Deontologia		Misto	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
39	2	51	1	27	5	3	Principios	Principios		Principios								
43	2	43	2	22	3	2	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
45	2	30	2	7	3	3	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
48	2	38	2	16	3	2	Virtudes	Cuidado	Principios	Misto	Principios	Cuidado	Principios	Principios	Deontologia	Principios	Principios	Principios
49	2	57	1	31	3	1	Principios	Principios	Principios	Principios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia				
50	2	55	1	25	3	1	Principios	Principios	Principios	Principios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
58	2	27	2	6	3	3	Principios	Principios	Cuidado	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios
59	2	45	2	18	3	3	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Cuidado	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios
60	2	43	2	18	3	3	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios	Virtudes	Principios	Principios			Principios
61	2	39	2	10	3	1	Principios	Cuidado	Principios	Principios	Principios	Principios	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios	Principios
62	1	23	2	1	3	3	Principios	Casuística	Cuidado	Misto	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
63	2	43	2	16	3	3	Principios	Casuística	Principios	Principios	Principios	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Principios	Principios	Principios	Principios
64	2	50	2	29	3	1	Principios	Cuidado	Principios	Principios	Principios	Cuidado	Deontologia	Misto	Principios	Principios	Principios	Principios
65	1	53	1	30	3	1	Principios	Principios	Principios	Principios	Virtudes	Deontologia	Principios	Misto	Virtudes	Virtudes		Virtudes
67	2	47	2	23	3	1	Virtudes	Cuidado	Principios	Misto	Deontologia	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
68	2	48	2	28	3	1	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Virtudes	Cuidado	Principios	Principios	Principios	Principios
72	2	57	2	32	2	1		Virtudes		Virtudes								
74	1	38	2	16	2	3					Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Principios	Virtudes	Virtudes	Virtudes
76	2	43	2	19	2	2	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado					Virtudes	Deontologia	Deontologia	Deontologia
77	2	33	2	10	2	2	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes
78	2	40	2	16	2	1	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
79	2	47	2	21	2	1	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Deontologia	Deontologia	Virtudes	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
80	2	39	2	17	2	1	Virtudes	Cuidado	Principios	Misto	Deontologia	Cuidado	Virtudes	Misto	Casuística	Cuidado	Cuidado	Cuidado
82	1	50	1	25	2	1	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
86	1	56	1	30	2	3	Cuidado	Cuidado		Cuidado	Deontologia	Deontologia		Deontologia	Virtudes	Deontologia	Deontologia	Deontologia
90	1	54	1	27	2	2	Virtudes			Virtudes					Principios			Principios
95	2	49	1	25	2	1	Virtudes	Casuística		Misto	Deontologia	Cuidado		Misto	Principios	Casuística		Misto
96	2	44	1	20	2	2	Cuidado	Cuidado	Principios	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Principios	Principios	Principios	Principios
97	2	56	1	32	2	1	Casuística	Virtudes		Misto	Cuidado	Cuidado		Cuidado	Casuística		Casuística	Casuística

GRELHA DE CATEGORIAS FUNDAMENTADA SOBRE OS CONTEÚDOS DAS RESPOSTAS DOS INQUIRIDOS

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	I	Ila	Ilb	Ilc	II	IIla	IIlb	IIlc	III
98	1	57	1	34	2	1	Cuidado	Cuidado		Cuidado	Deontologia	Cuidado		Misto	Princípios	Princípios		Princípios
99	2	52	1	26	2	3	Virtudes	Deontologia	Princípios	Misto								
100	1	55	1	30	2	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Casuística	Virtudes	Princípios	Misto
101	1	54	1	29	2	1	Princípios	Cuidado	Deontologia	Misto	Deontologia	Cuidado		Misto	Casuística	Casuística	Casuística	Casuística
102	2	56	1	29	2	1	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Casuística			Casuística
104	2	56	1	31	5	3	Princípios	Princípios	Cuidado	Princípios	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios
105	2	52	1	26	6	3	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Casuística	Casuística	Casuística	Casuística
106	2	44	2	22	6	3	Virtudes			Virtudes								
107	2	39	2	18	6	1	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia	Princípios	Princípios
108	2	57	1	33	6	1		Cuidado		Cuidado		Cuidado		Cuidado		Cuidado		Cuidado
109	2	58	2	36	1	1	Virtudes	Casuística	Deontologia	Misto	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia
110	2	38	2	15	1	3	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Cuidado	Princípios	Princípios
111	2	33	2	11	1	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística	Casuística
112	2	36	2	14	1	1	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Casuística	Princípios	Princípios	Princípios
113	2	56	2	36	1	3	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística
114	2	24	2	1	1	2		Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios
115	2	36	2	13	1	1	Casuística	Casuística	Casuística	Casuística	Deontologia	Cuidado	Princípios	Misto	Princípios	Princípios	Deontologia	Princípios
116	2	44	2	20	1	1	Cuidado	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios
117	1	58	1	32	1	3	Virtudes	Casuística	Casuística	Casuística	Virtudes	Cuidado	Casuística	Misto	Virtudes	Casuística	Casuística	Casuística
118	2	52	1	18	1	1	Casuística	Casuística	Casuística	Casuística	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística
119	1	50	1	24	1	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Cuidado	Princípios	Princípios
121	2	61	1	37	4	2	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Casuística	Casuística	Virtudes	Casuística
123	2	46	2	23	4	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Princípios	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia	Princípios	Princípios
124	2	61	2	38	4	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia		Casuística	Casuística	Casuística
126	2	56	2	34	1	1	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
127	2	35	2	14	1	3	Princípios	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Princípios
131	1	54	1	30	1	3	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
132	1	52	1	29	1	3	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística
133	2	39	2	17	1	3	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios								
134	2	49	2	26	5	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Deontologia		Misto
135	2	54	2	30	5	1	Cuidado	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Casuística	Deontologia	Deontologia	Deontologia
136	2	41	2	10	5	1	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Casuística	Princípios	Virtudes	Misto

220 ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE.

N	A	B	C	D	E	F	Ia	Ib	Ic	I	Ila	Ilb	Ilc	II	IIla	IIlb	IIlc	III
137	2	58	2	32	5	1	Princípios	Cuidado	Virtudes	Misto	Princípios	Cuidado	Deontologia	Misto	Deontologia	Deontologia	Casuística	Deontologia
138	2	42	2	20	5	3	Cuidado	Virtudes	Virtudes	Virtudes	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Princípios	Casuística	Princípios	Princípios
139	2	59	1	33	5	1	Princípios	Princípios		Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Casuística	Deontologia		Misto
140	2	53	1	27	5	1	Princípios	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Casuística	Deontologia
141	1	55	1	30	5	1	Princípios	Cuidado	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia
145	2	33	2	11	1	1	Princípios	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Casuística	Casuística	Casuística
146	2	43	2	18	1	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Virtudes	Virtudes	Deontologia	Virtudes	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios
147	2	53	2	33	1	1	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Princípios	Princípios	Princípios	Princípios
149	2	56	1	32	1	3	Casuística	Casuística	Casuística	Casuística	Virtudes	Cuidado	Casuística	Misto	Deontologia	Deontologia	Cuidado	Deontologia
150	2	37	1	13	2	2		Cuidado		Cuidado								
156	2	34	2	10	2	3	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Deontologia	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Virtudes	Virtudes	Casuística	Virtudes
160	1	51	1	25	2	2	Virtudes	Virtudes	Princípios	Virtudes	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Deontologia	Virtudes	Casuística	Casuística	Casuística
163	2	50	1	25	2	1					Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Cuidado	Casuística		Misto

Legenda: N=nº do caso. A=Sexo (1=Masculino; 2=Feminino); B=Idades (em anos); C=Profissão (1=Médico; 2=Enfermeiro); D=Nº de anos de profissão (em anos); E=Sub-Região de Saúde (1=Aveiro; 2=Castelo Branco; 3=Coimbra; 4=Guarda; 5=Leiria; 6=Viseu); F=Área de trabalho (1=Urbano; 2=Rural; 3=Semiurbano); Ia, Ib e Ic=Categoria das respostas ao caso 1; Ila, Ilb e Ilc=Categoria das respostas ao caso 2; IIIa, IIIb e IIIc=Categoria das respostas ao caso 3.

APÊNDICE 4**QUESTIONÁRIO DA INVESTIGAÇÃO
“ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”**

O meu nome é José Augusto Rodrigues Simões, sou médico, especialista de medicina geral e familiar, mestre em bioética e doutorando em ciências da saúde na Universidade de Aveiro, e estou a realizar um estudo onde pretendo conhecer a sua opinião e atitude perante o tema Ética e Cuidados de Saúde Primários.

Nesse sentido, agradeço a sua colaboração ao aceitar o preenchimento deste questionário, pedindo desde já desculpa pelo possível incómodo que lhe causo.

Este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto. Esses dados serão utilizados apenas para fins de investigação no âmbito da minha tese de doutoramento em ciências da saúde na Universidade de Aveiro e passíveis de publicação, no todo ou em partes, em revistas médicas ou de saúde. Será elaborado um relatório da investigação efectuada para a Administração Regional de Saúde do Centro.

O Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP autorizou a realização do presente estudo nos Centros de Saúde da Região Centro de Portugal.

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João - Porto deu parecer favorável à realização do presente questionário como integrante do projecto de investigação “Ética e Cuidados de Saúde Primários”.

A resposta a este questionário é facultativa, sendo o seu preenchimento considerado como expressão de consentimento informado em participar na investigação.

Não escrever
neste espaço

A. Sexo:

1. - Sexo Masculino ☐ 2. - Sexo Feminino ☐

A - []

B. Idade: _____

B - []

C. Profissão:

1. - Médico ☐ 2. - Enfermeiro ☐

C - []

D. Número de anos na Profissão: _____

D - []

E. Sub-Região de Saúde a que pertence:

1. - Aveiro ☐
2. - Castelo Branco ☐
3. - Coimbra ☐
4. - Guarda ☐
5. - Leiria ☐
6. - Viseu ☐

E - []

F. Centro de Saúde / Extensão / Unidade de Saúde onde trabalha habitualmente (o maior número de horas semanais):

1. Urbano ☐ 2. Rural ☐ 3. Semi-urbano ☐ F - []

Segue-se uma lista de afirmações, por favor, assinale com uma cruz (x) o grau de concordância, segundo a escala de 1 a 5, que melhor descreve a sua atitude perante cada uma.

P1. Deve ser dito tudo ao doente sobre a sua doença.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever
neste espaço

P1 - []

P2. Ao informar o doente, a linguagem deve preferir a clareza à precisão científica.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P2 - []

P3. Deve ser respeitado o possível desejo do doente de não ser informado.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço
P3 - []

P4. Deve dizer-se ao doente como se pensa que a sua doença irá evoluir.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4 - []

P5. Deve dizer-se ao doente o diagnóstico da sua doença.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5 - []

P6. A informação a transmitir ao doente deve limitar-se à resposta às suas dúvidas.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6 - []

P7. O doente deve ser informado sobre todos os tratamentos possíveis para a sua doença.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7 - []

P8. O doente deve ser informado sobre a gravidade da sua doença.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8 - []

P9. Ao doente deve ser dito tudo menos as partes mais desagradáveis da sua situação.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço

P9 - []

P10. A família do doente deve ser sempre informada e posta ao corrente da situação.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P10 - []

P11. A família deve ser informada sobre a situação do doente se este recusar receber essa informação.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P11 - []

P12. Se o doente for ou estiver incapaz (estado de coma, doença mental, ...) a informação deve ser dada aos familiares.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P12 - []

P13. Quando a doença é grave, o melhor é não dizer nada a ninguém.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P13 - []

P14. Deve ser aconselhado ao doente o tratamento que à luz dos conhecimentos actuais seja preferível, com as devidas justificações.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P14 - []

P15. Só devem ser transmitidas informações à família se o doente o desejar ou com a sua autorização.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço
P15 - []

P16. O doente só deve ser informado sobre o tratamento preferível e não sobre os outros.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P16 - []

P17. A informação deve ser exacta, e para isso nada melhor que as palavras técnicas e científicas correctas, de forma a não deixar lugar para dúvidas.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P17 - []

P18. Antes de qualquer exame, deve ser dito ao doente para que serve, os seus riscos e vantagens.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P18 - []

P19. Quando a doença é grave, é preferível informar só a família.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P19 - []

P20. O doente tem o direito de escolher o tratamento que mais se adequa a si próprio, ainda que a sua escolha não coincida com o tratamento cientificamente mais eficaz.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P20 - []

P21. O doente (adulto e capaz), é o único que pode autorizar que sejam realizados exames de diagnóstico e tratamentos sobre o seu corpo.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço
P21 - []

P22. A família também pode autorizar sobre a realização de exames e tratamentos no doente (adulto e capaz).

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P22 - []

P23. O médico é que decide o tratamento a efectuar, devendo o doente acatar a sua decisão.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P23 - []

P24. Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessário ao diagnóstico da sua doença.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P24 - []

P25. Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessários para curar ou controlar a sua doença.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P25 - []

P26. O acto de consentir deve ser único e específico para cada exame ou tratamento a realizar.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P26 - []

P27. O acto de consentir necessita de ser sempre formalizado com a assinatura do doente.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço
P27 - []

P28. Quando existe uma relação de confiança entre o doente e os profissionais, a palavra é suficiente para consentir.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P28 - []

P29. O acto de consentir pressupõe a ampla informação do doente.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P29 - []

P30. Se o doente é ou está incapaz (doença mental, coma, ...), é aos familiares que cabe consentir.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P30 - []

P31. Para autorizar a realização de um exame ou tratamento não é necessário ter conhecimentos sobre ele.

1 – Discordo completamente	2 - Discordo	3 - Indiferente	4 - Concordo	5 – Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não escrever neste espaço
P31 - []

Seguem-se três casos, por favor, responda às questões apresentadas descrevendo a sua atitude perante cada caso.

I. O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as actividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços.

- Que problemas éticos lista nesta situação?

- O que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso?

- E porquê?

II. Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afectiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar directamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas.

- Que problemas éticos lista nesta situação?

- O que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso?

- E porquê?

III. F., de 46 anos de idade, foi à Consulta Aberta/Complementar do Centro de Saúde, por não ter Médico de Família, tal como mais 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no Centro, queixando-se de desconforto num dos seios. A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma mamografia a ser efectuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no Centro de Saúde, é necessário a sua referência ao Hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respectivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo Centro de Saúde e voltar para punção-biopsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biopsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares.

- Que problemas éticos lista nesta situação?

- O que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso?

- E porquê?

Muito obrigado pela sua colaboração.

Mestre José Augusto Rodrigues Simões
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro
Telem. 968 065 135
E-mail: jars@ua.pt

APÊNDICE 5



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO

Sobre o protocolo relativo ao estudo "ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. UM ESTUDO DESCRITIVO EM CENTROS DE SAÚDE" enquadrado no projecto de doutoramento, de que é investigador responsável o Sr. Dr. José Augusto Rodrigues Simões.

Considerando que se trata de um estudo com procedimentos não invasivos, não correndo os participantes riscos maiores do que aqueles que correm no dia a dia normal;

Que a confidencialidade dos dados obtidos é garantida pelo investigador;

Sou de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

Não obstante:

1- deve ser garantida a autorização do Conselho de Administração Regional de Saúde do Centro.

Porto, 24 de Janeiro de 2007

O Relator do Parecer

Dr. Frey Ramos

O Presidente da Comissão de Ética
do Centro de Saúde São João

Prof. Doutor Rui Nunes

APÊNDICE 6



Exmº. Senhor

Dr. José Augusto Rodrigues Simões

Rua Teófilo Braga, n.º 25 – 5º Dtº

3030-076 COIMBRA

003735 '07 03-07 14:38

Sua referência

Data

Nossa referência
GAPData
2/3/2007

ASSUNTO: *Pedido de autorização para realização do Protocolo de Investigação para Tese de Doutoramento*

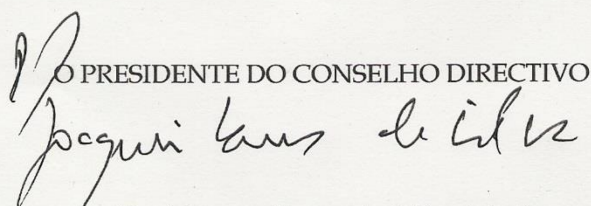
Relativamente ao pedido referido em epígrafe, vimos informar V. Ex.^a que, por deliberação do Conselho Directivo da ARS Centro, datada de 23/2/2007, foi ratificado o despacho do Presidente, deste órgão, que seguidamente se transcreve:

“ Ao C.D.

Dada a relevância da investigação proposta, a ausência de danos resultantes da investigação, a ausência de questões éticas, o custo reduzido ao tempo de preenchimento do inquérito, o acompanhamento que o investigador fará ao longo do processo, autorizo a sua realização nos Centros de Saúde seleccionados. Os respectivos directores serão notificados pela ARS, sobre a próxima realização deste trabalho e ser-lhes-á solicitado que proporcionem as condições para a sua execução.

12.2.2007”

Com os melhores cumprimentos


O PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO
(Prof. Doutor Fernando J. Regateiro)

FJR/cmb



APÊNDICE 7

Ex.mo(a) Senhor(a)

Director(a) do Centro de Saúde

Eu, José Augusto Rodrigues Simões, médico, especialista de medicina geral e familiar, mestre em bioética e doutorando em ciências da saúde na Universidade de Aveiro, estou a realizar um estudo onde pretendo conhecer a opinião e atitude de médicos e enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde perante o tema Ética e Cuidados de Saúde Primários.

Este questionário é anónimo e os dados são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto. Assumo a responsabilidade que esses dados serão utilizados apenas para fins de investigação no âmbito da minha tese de doutoramento em Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro e passíveis de publicação, no todo ou em partes, em revistas médicas ou de saúde. Será elaborado um relatório da investigação efectuada para a Administração Regional de Saúde do Centro.

O Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Centro autorizou a realização do presente estudo nos Centros de Saúde da Região Centro (anexo cópia).

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João - Porto deu parecer favorável à realização do presente questionário como integrante do projecto de investigação “Ética e Cuidados de Saúde Primários” (anexo cópia).

Na impossibilidade de me deslocar pessoalmente ao seu Centro de Saúde, agradeço a sua intermediação na solicitação a médicos e enfermeiros que trabalham consigo que aceitem preencher o questionário anexo, pedindo desde já desculpa pelo possível incómodo causado.

A resposta ao questionário é facultativa, sendo o seu preenchimento considerado como expressão de consentimento informado em participar na investigação por parte do respondente.

Agradeço a devolução dos questionários preenchidos no envelope anexo dentro de 2 semanas.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Aceite os meus melhores cumprimentos.

(José Augusto Rodrigues Simões)

APÊNDICE 8**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR**

Eu, José Augusto Rodrigues Simões, médico, especialista de medicina geral e familiar, mestre em bioética e doutorando em ciências da saúde na Universidade de Aveiro, estou a realizar um estudo onde pretendo conhecer a sua opinião e atitude perante o tema Ética e Cuidados de Saúde Primários.

Nesse sentido, agradeço a sua colaboração ao aceitar o preenchimento do questionário anexo, pedindo desde já desculpa pelo possível incómodo que lhe causo.

Este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto. Assumo a responsabilidade que esses dados serão utilizados apenas para fins de investigação no âmbito da minha tese de doutoramento em Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro e passíveis de publicação, no todo ou em partes, em revistas médicas ou de saúde. Será elaborado um relatório da investigação efectuada para a Administração Regional de Saúde do Centro.

Com a investigação a desenvolver, espero dar resposta aos seguintes aspectos a nível da Administração Regional de Saúde do Centro:

1. Identificar problemas éticos nas relações entre médicos de família – que trabalham em Centros de Saúde – e os pacientes (e suas famílias).
2. Identificar problemas éticos nas relações entre enfermeiros – que trabalham em Centros de Saúde – e os pacientes (e suas famílias).
3. Comparar os problemas éticos identificados nas relações entre médicos de família – que trabalham em Centros de Saúde – e os pacientes (e suas famílias) com os problemas éticos identificados nas relações entre enfermeiros – que trabalham em Centros de Saúde – e os pacientes (e suas famílias).
4. Identificar problemas éticos nas relações inter-profissionais e inter-pares reconhecidos por médicos de família que trabalham em Centros de Saúde.
5. Identificar problemas éticos nas relações inter-profissionais e inter-pares reconhecidos por enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.
6. Comparar os problemas éticos nas relações inter-profissionais e inter-pares reconhecidos por médicos de família que trabalham em Centros de Saúde com os reconhecidos por enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.
7. Identificar problemas éticos implicados na gestão/organização do Centro de Saúde/Sistema de Saúde reconhecidos por médicos de família que trabalham em Centros de Saúde.
8. Identificar problemas éticos implicados na gestão/organização do Centro de Saúde/Sistema de Saúde reconhecidos por enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.
9. Comparar os problemas éticos implicados na gestão/organização do Centro de Saúde/Sistema de Saúde reconhecidos por médicos e família que trabalham em Centros de Saúde com os reconhecidos por enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.
10. Identificar as atitudes que moderam a tomada de decisão frente a problemas éticos por parte de médicos de família que trabalham em Centros de Saúde.
11. Identificar as atitudes que moderam a tomada de decisão frente a problemas éticos por parte de enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.
12. Comparar as atitudes que moderam a tomada de decisão frente a problemas éticos por parte de médicos de família que trabalham em Centros de Saúde com as que moderam a tomada de decisão frente a problemas éticos por parte de enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde.

O Conselho de Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP autorizou a realização do presente estudo nos Centros de Saúde da Região Centro.

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João - Porto deu parecer favorável à realização do presente questionário como integrante do projecto de investigação “Ética e Cuidados de Saúde Primários”.

A resposta ao questionário é facultativa, sendo o seu preenchimento considerado como expressão de consentimento informado em participar na investigação.

Muito obrigado pela sua colaboração,

APÊNDICE 9

Análise da Deliberação nº 227/2007¹ da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde.

Nesta Deliberação a CNPD estabelece que “os tratamentos de dados com a finalidade de realizar estudos de investigação na área da saúde incidem sobre dados sensíveis, pelo que, nos termos da alínea a) do artigo 28º da Lei de Proteção de Dados (LPD), estão sujeitos a controlo prévio. Consequentemente, tais tratamentos não poderão iniciar-se antes da obtenção da respetiva Autorização da CNPD, a emitir nos termos e condições fixadas após notificação do tratamento a esta Comissão”.

No entanto, pela leitura da deliberação verifica-se que “quanto à admissibilidade do tratamento, este deve ser efetuado de forma lícita e com respeito pelos princípios da boa fé, tratando e conservando os mesmos dados pessoais apenas durante o tempo necessário ao cumprimento da finalidade. Desta forma, verifica-se a conformidade do tratamento com todo o artigo 5º da LPD. A observância dos princípios da transparência e da boa-fé está diretamente relacionada com a prestação do direito de informação, não podendo os dados ser utilizados para outras finalidades, sendo a informação efetivamente prestada pelos responsáveis pelo tratamento aos titulares dos dados, no momento da obtenção do consentimento, uma das medidas da transparência, da boa fé e da lealdade do tratamento”.

No presente estudo, foi entregue pelo investigador aos inquiridos um Termo de Responsabilidade (Anexo 8) em que garante que os dados seriam unicamente utilizados para fins de investigação no âmbito da sua tese de doutoramento em Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro e passíveis de publicação, no todo ou em partes, em revistas médicas ou de saúde, que seria elaborado um relatório da investigação efetuada para a Administração Regional de Saúde do Centro.

“Sempre que um estudo possa ser efetuado sem o tratamento de dados pessoais, deve ser essa a opção do investigador. Isto é, sempre que o estudo puder ser

¹ Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2007/htm/del/del227-07.htm> [citado em 13-06-2007]

feito com dados anonimizados, em que não se identifica nem permite identificar os titulares dos dados, deve ser esta a opção tomada para a investigação”.

No presente estudo, não é feito qualquer tratamento de dados de identificação pessoal, todos os participantes são anónimos, não sendo sequer identificado o respetivo Centro de Saúde, unicamente se tratam os dados por Sub-Região de Saúde, que é equivalente aos distritos administrativos.

“Assim, no caso dos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação na área da saúde, a legitimidade terá de decorrer do consentimento livre, específico, informado (alínea h) do artigo 3º da LPD) expresso do titular (nº 2 do artigo 7º da LPD) e escrito (nº 3 do artigo 4º da Lei 12/2005). O consentimento livre significa que o titular não conhece nenhuma condicionante ou dependência no momento da sua declaração que afete a formação da sua vontade e, ainda, que pode revogar, sem penalizações e com efeitos retroativos, o consentimento que haja prestado. O consentimento específico significa que o consentimento se refere a uma contextualização factual concreta, a uma atualidade cronológica precisa e balizada e a uma operação determinada. O consentimento específico afasta os casos de consentimento preventivo e generalizado, prestado de modo a cobrir uma pluralidade de operações. O consentimento informado significa que ao titular foi dado conhecimento, não apenas dos elementos do artigo 10º da LPD, mas ainda de todas as informações relevantes para a compreensão de todos os elementos atinentes ao tratamento. O dever de informação por parte do responsável inclui o dever de esclarecer e a obrigação de se certificar que o titular conheceu e apreendeu todos os elementos do conteúdo do direito de informação. A existência ou possibilidade de ocorrência de riscos para o titular, quer para a sua saúde, quer para a sua privacidade, deve ser comunicada. O consentimento expresso significa que a sua prestação tem de visar diretamente o tratamento de dados pessoais de saúde, não podendo ser inferido ou extraído implicitamente de outras declarações ou comportamentos. O consentimento escrito significa que deve constar de texto lavrado ou subscrito pelo próprio titular”.

No presente estudo, a presunção da obtenção do consentimento do titular dos dados é devida ao facto de o inquirido ter preenchido o questionário, o que ocorreu sem a presença do investigador, e o ter devolvido. Na introdução do questionário era expressamente dito que “a resposta a este questionário é facultativa, sendo o seu preenchimento considerado como expressão de consentimento informado em participar na investigação”.

Pelo exposto, o autor do presente estudo considera que, apesar de não ter solicitado, nem previamente nem *à posteriori*, autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, por o estudo não fazer tratamento de dados pessoais, mas unicamente tratar, anonimamente, a opinião dos inquiridos, cumpre os fundamentos da Deliberação nº 227/2007.

APÊNDICE 10

ARTIGOS PUBLICADOS

O conteúdo da presente tese já deu origem à publicação dos seguintes artigos:

- “*Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento*”, artigo de investigação em coautoria com José Carlos Martins publicado na “*Revista Portuguesa de Bioética*”. 2007; 3: 315-330.

- “*A prestação dos cuidados de saúde em Portugal*”, artigo de opinião publicado na “*Acção Médica*”. 2008; 72(2): 95-106.

- “*As Unidades de Saúde Familiares e a reforma dos Cuidados de Saúde Primários*”, artigo de opinião publicado na Revista “*Acção Médica*”. 2012; 76(4): 348-356.

- “*Atitudes éticas dos profissionais de saúde, nas relações com os pacientes e suas famílias, nas relações interprofissionais e interpares e na gestão / organização do sistema de saúde*”, artigo de investigação publicado na “*Revista ADSO*”. 2013; 1: 23-32.

- “*Atitudes éticas dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários perante os direitos que visam a autonomia do paciente*”, artigo de investigação em coautoria com José Carlos Martins publicado na “*Revista ADSO*”. 2014; 4: 34-42.

Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento

*José Augusto Rodrigues Simões**

*José Carlos Amado Martins***

Resumo: A autonomia da pessoa decorre naturalmente da doutrina da dignidade humana, que afirma a dignidade do Homem em si mesmo, recusando a sua instrumentalização ou utilização como um simples meio. Através da Carta dos Direitos do Doente são explicitados alguns direitos com vista à sua autonomia, sendo centrais os direitos à informação e ao consentimento.

Este estudo teve como objectivos analisar o quadro de atitudes dos médicos de família perante os direitos que visam a autonomia do doente assim como a sua relação com a idade e o sexo dos médicos de família. Pretendeu também comparar as percepções e atitudes dos médicos de família com as opiniões e atitudes dos doentes e enfermeiros.

Dos resultados, evidenciamos o facto de as atitudes dos médicos de família, relativamente aos referidos direitos, serem significativamente diferentes das atitudes dos doentes e dos enfermeiros. Salientamos ainda a diferença, estatisticamente significativa, quando comparadas as atitudes entre

* Médico. Especialista em Medicina Geral e Familiar. Mestre em Bioética. Equiparado a Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

** Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestre em Bioética. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

os médicos mais jovens e os mais idosos, no que se refere à dimensão informação ($p = 0,01$) e no global da escala ($p = 0,03$).

Palavras-chave: consentimento informado, atitudes, médico de família.

Summary: The person's autonomy elapses naturally from the doctrine of the human dignity that affirms the Man's dignity in himself, refusing his instrumentalization or use as a simple moiety. The Letter of the Rights of the Patient healthy explicits some rights in view of his autonomy, being central the rights to the information and the consent.

This study had as aims to analyze the picture of the family doctors' attitudes before the rights that seek the autonomy of the patient as well as his relationship with the age and the family doctors' sex. He also intended to compare the perceptions and the family doctors' attitudes with the opinions and attitudes of the patients and nurses.

From the results, we evidenced the fact of the family doctors' attitudes, relatively to the referred rights, are significantly different from the attitudes of the patients and of the nurses. We still pointed out the statistic significant difference when compared the attitudes between the youngest doctors and the more seniors, in what refers the dimension information ($p = 0,01$) and the global of the scale ($p = 0,03$).

Key words: informed consent, attitudes, family doctor.

INTRODUÇÃO

Na actualidade não é simples falar de moral, embora a ética esteja na moda, contudo parece que poucos acreditam que seja uma disciplina importante para a vida em geral. Ética e moral remetem-nos para os costumes e ajudam-nos a forjar um carácter bom e a confrontar a vida de um modo mais humano de forma a que, no final, possamos ser mais felizes (Cortina, 1996).

A ética é uma disciplina de carácter prático que pretende guiar a acção humana com um sentido racional. Embora vivamos num tempo de certo relativismo moral e se defenda a convicção que não é possível discutir na ética coisas que são completamente subjectivas e privadas (Cortina, 1994), a própria sociedade pede a imposição de limites práticos e reconhece que em certas ocasiões nem tudo vale, e nem tudo vale por igual (Savater, 1986, 1992).

O campo da saúde é cada vez mais influenciado pelos avanços científicos e tecnológicos que provocaram uma crescente complexidade da medicina. A utilização destas novas tecnologias deve ser analisada sob um ponto de vista ético, assim como as mudanças que aconteceram nas relações entre os profissionais da saúde e os utentes dos serviços de saúde nas últimas décadas. A bioética cresceu ao mesmo tempo que os problemas com o ambiente e as ciências da vida (medicina, enfermagem, biologia, ecologia,...) e esboçou alguns princípios gerais para se poder decidir se tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correcto e bom (Gracia, 1989, 1998).

A bioética está implícita na actividade diária, mas de um modo inconsciente. Em geral é observada uma rejeição pelos tópicos que insinuam a autocrítica. Os conflitos éticos derivam fundamentalmente da relação entre o profissional de saúde e o doente, pontuada pela família, principalmente ao dar informação. Os princípios bioéticos consideraram como muito importante os direitos do doente à informação e ao consentimento informado (Díaz, B., Pérez, C., 2005).

Designa-se por consentimento informado o acordo livre e esclarecido que um ser humano presta em relação a quaisquer actos médicos a serem praticados na sua pessoa. O consentimento informado é uma das consequências do primeiro princípio da Bioética: a autonomia de todo e qualquer ser humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua auto-realização individual (Archer, 1999).

Está a tornar-se universalmente aceite que é dever do médico fornecer a informação, o mais completa possível, a respeito de todo o procedimento que deva ser empreendido, e esta informação deve incluir consequências possíveis e o prognóstico ou a esperança provável de sucesso. No entanto, não há acordo sobre se a informação e o consentimento dados em formulários mais ou menos desenvolvidos pode ser considerado consentimento informado e esclarecido (Vollman, 2000).

Contudo, não há evidência que a maioria dos doentes não consintam na realização de uma cirurgia de risco se tiverem sido totalmente informados das suas consequências. No entanto, há muitos médicos que defendem que os doentes em estado de ansiedade, entendem mal o que lhes está a ser dito, defendendo, por isso, uma informação parcelar. Aliás, o Código Penal Português (1999) dispõe no artigo 157º que “(...) o consentimento só é eficaz quando o doente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis

consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo doente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica”. Contudo, se é nosso dever como profissionais de saúde explicar, é nosso dever fazê-lo bem (Holmes, R., 1994). Para que o consentimento seja esclarecido e informado e, logo, livre, o médico deve respeitar o imperativo ético-jurídico de informar o doente, atendendo ao seu nível cultural e capacidade de discernimento. Deve, pois, prestar ao doente os convenientes esclarecimentos quanto à natureza, possíveis resultados e consequências da intervenção ou do tratamento a efectuar, bem como certificar-se de que a pessoa compreendeu as informações prestadas (Melo, 1998).

Pode-se então, definir consentimento informado como a livre aceitação da intervenção médica por parte do doente, após adequada exposição pelo médico da natureza da intervenção, seus riscos e benefícios (Jonsen, AR., Siegler, M., Winslade, W.J., 1999).

Visando este trabalho estudar as atitudes dos médicos de família perante os direitos dos doentes à informação e ao consentimento, pareceu-nos pertinente clarificar um pouco este conceito.

A palavra “atitude” existe na língua portuguesa não só como posição do corpo, postura, ou jeito, mas também como maneira de significar um propósito ou modo de proceder (Costa, J., Melo, A., 1998). A etimologia da palavra vem do Latim: *actus* = acto, acção; *aptitudo* = aptidão.

Apesar de ser um termo relativamente ambíguo, tem sido bastante explorado no campo da psicologia social que o tem como um mediador entre a forma de pensar e o modo de agir dos indivíduos. Assim, se de acordo com Wilson (1986), atitude é uma orientação de avaliação, relativamente persistente no que respeita a um objecto particular ou classe de objectos, já autores mais recentes como Lima (1997) e Gleitman (1998), acentuam a dimensão cognitiva das atitudes e da sua predisposição para a acção.

No entanto, continuam a existir inúmeras divergências na significação do conceito, consoante este é pensado por autores de uma corrente mais comportamentalista ou mais cognitivista. Mas existem alguns pontos em comum, que são acentuados por Lima (1997):

- As atitudes referem-se a experiências subjectivas, expressando o posicionamento de um indivíduo, ou de um grupo, construído a partir da sua história, e portanto com um carácter aprendido;
- As atitudes têm sempre como referência um objecto, quando se fala de atitudes é referido de imediato face a quê;

- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa, traduzindo sempre uma posição face a um determinado objecto social: gosto/ /não gosto; concordo/discordo.

Assim, diferentes pessoas podem ter diferentes atitudes face a um mesmo objecto, como é o caso das diferentes atitudes da população face ao aborto ou à possível legalização do consumo de drogas... E embora este posicionamento seja relativamente persistente, não é estático, podendo mudar por interacção de inúmeros factores.

Neste sentido, e após já se ter estudado as atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento (Martins, 2003)¹ e as atitudes dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra perante esses mesmos direitos (Martins, 2004)², pareceu-nos pertinente levar a cabo um estudo das atitudes dos médicos de família perante os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. Desenvolvemos uma investigação descritiva e correlacional, centrada nos seguintes objectivos:

- Analisar o quadro de atitudes dos médicos de família, perante os direitos que visam a autonomia do doente;
- Analisar as relações entre a idade e o sexo dos médicos de família e a atitude perante os direitos que traduzem a autonomia;
- Comparar as percepções e atitudes dos médicos de família com as opiniões e atitudes dos doentes e enfermeiros.

Para dar resposta a este último objectivo, utilizámos os resultados dos estudos já publicados por José Carlos Martins (2003, 2004).

¹ Neste estudo foi construída e validada a Escala de Atitudes dos Doentes perante os Direitos à Informação e ao Consentimento, junto de uma amostra consecutiva de 190 doentes oncológicos. Para além das boas propriedades psicométricas do instrumento foi ainda possível concluir que os doentes oncológicos desejam ser informados sobre a sua situação de saúde, mas têm uma postura mais passiva no que se refere à participação na tomada de decisão, indo assim ao encontro dos estudos desenvolvidos por DEGNER ET AL. (1997), ELWYN ET AL (1999), BERGOT (2000) e DOYAL (2001), entre outros.

² Neste estudo o autor comparou os resultados obtidos pela aplicação da Escala de Atitudes dos Doentes perante os Direitos à Informação e ao Consentimento a uma amostra consecutiva de 59 enfermeiros com o estudo de 2003 (relativo a doentes), concluindo que os enfermeiros têm uma atitude de maior valorização do direito ao consentimento relativamente ao direito à informação, passando-se o inverso com os doentes, revelando assim como os profissionais de saúde, ao ter uma visão mais científica sobre o doente e a doença, podem cometer erros de avaliação e intervenção por essa ser uma visão menos “sentida na própria pele”.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo, foi realizado tendo por base as respostas dos médicos de família presentes no 23.º Encontro Nacional de Clínica Geral realizado em Vilamoura de 8 a 11 de Março de 2006. Foram distribuídos 500 questionários (Anexo) entre os 2.300 médicos presentes, tendo sido apenas recolhidos 56 questionários correcta e completamente preenchidos.

O questionário era composto por duas partes. Na primeira pretendeu-se obter resposta a duas variáveis sócio-demográficas, idade e sexo. A segunda parte do questionário era constituída pela *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, elaborada por Martins (2003), uma escala tipo Likert com 22 itens e cinco possibilidades de resposta em cada item.

Esta escala satisfaz os critérios de validade e de fidelidade apresentando no teste Alpha de Cronbach valores de consistência interna elevados: 0,549 na dimensão informação (14 itens), 0,629 na dimensão consentimento (8 itens) e 0,681 no global da escala (22 itens). O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov revela uma distribuição normal das respostas em ambas as dimensões da escala e no seu global, o que nos permite a utilização de testes paramétricos.

A recolha de dados foi integrada na divulgação da realização da reunião do Núcleo de Bioética e Ética Médica da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, que decorreu das 9 às 10h30 do dia 10 de Março na sala Lince.

As respostas ao questionário foram facultativa e anónima.

RESULTADOS

A maioria dos médicos que responderam é do sexo feminino (66,1%), estando os homens em minoria (33,9%).

A média de idades foi de 46,27 anos com um desvio padrão de 5,51 anos. O médico inquirido mais novo tinha 35 anos e o mais velho 57 anos.

De acordo com os dados obtidos pela aplicação da Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, podemos constatar que os médicos de família apresentam uma atitude de concordância relativa em relação aos direitos, apresentando uma média de respostas nos itens de 4,21, com um mínimo de 3,71 e um máximo de 4,71. Salientamos que as respostas poderiam variar entre 1 (discordância com-

pleta) e 5 (concordância completa), ou o contrário para os itens formulados em sentido inverso. Relativamente a cada uma das dimensões, as respostas são relativamente homogêneas, com uma (ligeira) maior pontuação da dimensão consentimento relativamente à dimensão informação.

Estes e outros dados podem ser observados no quadro 1.

Quadro 1 – Estatística descritiva relativa às atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento

	Dimensão informação	Dimensão consentimento	Global
N.º de itens	14	8	22
Média	4,21	4,41	4,28
Mediana	4,21	4,37	4,32
Desvio Padrão	0,26	0,36	0,26
Variância	0,07	0,13	0,07
Mínimo	3,71	3,50	3,77
Máximo	4,71	5,00	4,77

Para conhecer a possível relação entre a idade dos médicos de família e a sua atitude perante os direitos à informação e ao consentimento, realizámos o teste de Correlação de Pearson, cujos resultados são apresentados no quadro 2. Da sua análise, podemos verificar que, para ambas as dimensões da escala e para o global, existe uma correlação negativa com a idade, correlação esta que, no entanto, não é estatisticamente significativa, não se comprovando assim a nossa hipótese de existência de relação entre as atitudes e a idade.

Quadro 2 – Resultados do teste de correlação de Pearson entre a idade e as atitudes dos médicos de família

Correlação X Atitudes	r	p
Dimensões		
- informação	- 0,20	0,15
- consentimento	- 0,16	0,24
Global	- 0,21	0,13

No entanto, quando utilizámos o valor da média de idades para dividir a amostra em dois grupos e realizamos um teste t de diferença de médias independentes, verifica-se que os médicos com idades inferiores a 46 anos apresentam uma pontuação superior ao grupo de maior idade, sendo estas diferenças estatisticamente significativas para a dimensão informação e no global da escala, com um $p = 0,01$ e $p = 0,03$, respetivamente.

Quadro 3 – Resultados dos testes de diferenças de médias das atitudes em função do grupo etário

Grupo Etário Atitudes	< a 46 anos		>= 46 anos		Teste t de Student	
	Média	DP	Média	DP	t	p
Dimensões						
- informação	4,30	0,22	4,12	0,27	- 2,69	0,01
- consentimento	4,47	0,33	4,37	0,38	- 1,03	0,31
Global	4,36	4,21	0,21	0,28	- 2,22	0,03

Nota: Valores de t calculados partindo do pressuposto da não homogeneidade de variâncias para ambas as dimensões e o oposto para o global da escala, de acordo com o teste de Levene.

Os resultados obtidos pela aplicação do teste t de Student para a diferença de médias de grupos independentes (quadro 4) revela que apesar das médicas apresentarem uma média superior aos médicos na dimensão informação e no global da escala, e os médicos apresentarem uma média ligeiramente superior na dimensão consentimento, essas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 4 – Resultados dos testes de diferenças de médias das atitudes em função do sexo dos inquiridos

Sexo Atitudes	Masculino		Feminino		Teste t de Student	
	Média	DP	Média	DP	t	p
Dimensões						
- informação	4,16	0,31	4,24	0,22	- 0,98	0,33
- consentimento	4,45	0,34	4,41	0,37	- 0,42	0,67
Global	4,26	0,31	4,30	0,23	- 0,44	0,66

Nota: Valores de t calculados partindo do pressuposto da não homogeneidade de variâncias para ambas as dimensões e para o global da escala, de acordo com o teste de Levene.

Um outro aspecto que nos interessou avaliar foi o da possibilidade de existirem (ou não) diferenças entre as atitudes dos doentes, dos enfermeiros e dos médicos de família. Os dados relativos aos doentes (n=190) e aos enfermeiros (n=59) já foram publicados (Martins, 2003, 2004), pelo que nos escusamos aqui de realizar a respectiva caracterização.

Assim, da análise das médias desses diferentes estudos (Quadro 5) verificamos que, relativamente aos doentes e aos enfermeiros, os médicos de família apresentam médias superiores nas duas dimensões estudadas, com maior valorização da dimensão consentimento sobre a dimensão informação. Acrescente-se ainda a menor dispersão de respostas, como podemos constatar pela análise dos valores do desvio padrão.

Quadro 5 – Estatística comparativa das atitudes entre doentes, enfermeiros e médicos de família

Estatuto	Doentes		Enfermeiros		Médicos	
Atitudes	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Dimensões						
- informação	3,90	0,46	3,75	0,50	4,21	0,26
- consentimento	3,03	0,59	3,71	0,76	4,42	0,36
Global	3,58	0,43	3,74	0,54	4,28	0,26

DISCUSSÃO

Após um trabalho de campo em que José Carlos Martins procurou conhecer melhor as perspectivas, opiniões e atitudes dos doentes relativamente aos seus direitos, especialmente aos direitos à informação e ao consentimento (Martins, 2003), pareceu-lhe interessante conhecer também as perspectivas, opiniões e atitudes dos enfermeiros (Martins, 2004) e neste estudo procurámos também conhecer as perspectivas dos médicos de família.

No estudo de validação da Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento, numa amostra de 190 doentes, em consulta externa no Centro Regional de Oncologia de Coimbra, entre 25 de Fevereiro e 5 de Abril de 2002, concluiu-se que os doentes desconhecem os seus direitos. Quando os conhecem, sentem que nem sempre são respeitados. Mesmo sentindo este facto, não formalizam a respectiva reclamação (Martins, 2003).

Existe correlação negativa entre as atitudes dos médicos de família e a sua idade. Apesar desta correlação não ser estatisticamente significativa, o teste t de Student realizado após a divisão da amostra em dois grupos (a partir da mediana de idades), mostrou que existe uma diferença estatisticamente significativa para a dimensão informação e para o global da escala. Parece então que a idade dos médicos de família, à semelhança do que acontece com os enfermeiros (Martins, 2004), pode trazer contributos para o enfraquecimento das atitudes. Por um lado, e relativamente à idade poderemos pensar que os médicos mais jovens fizeram o curso há menos tempo, sabendo-se que nos últimos anos tem vindo a ser reforçada a importância dos aspectos éticos na formação médica. Acrescenta-se ainda o facto dos médicos mais jovens pertencerem a uma geração que dá mais ênfase às liberdades individuais. Por outro lado, quase sempre mais idade significa mais anos de serviço, podendo estes anos contribuir para uma visão e uma postura que em muito resultam dos anos de contacto directo com o doente e suas famílias, ou mesmo ainda enraizados numa relação mais paternalista.

Facto interessante foi comparar as atitudes dos médicos de família com as dos enfermeiros e com as dos doentes.

Assim, verificamos que relativamente à dimensão informação, a média da atitude dos doentes é significativamente superior à dos enfermeiros. Já relativamente à dimensão consentimento, passa-se o inverso. Os enfermeiros valorizam quase por igual ambos os direitos, enquanto que, no que se refere aos doentes, verificamos que o seu desejo de ser informado ultrapassa em larga escala o desejo de participar na decisão.

Os resultados são no entanto mais evidentes para os médicos de família, revelando que são estes últimos que mais valorizam os direitos em estudo, com maior valorização da dimensão consentimento sobre a dimensão informação.

As explicações para estas diferenças podem ser várias.

Em primeiro lugar, talvez porque os dados relativos aos doentes e aos enfermeiros resultam de vivências e saber construído numa realidade hospitalar muito específica – o Centro Regional de Oncologia de Coimbra – enquanto que os dados relativos aos médicos resultam de vivências e saberes construídos essencialmente a partir da prática de medicina familiar na comunidade. E sabemos como o confronto com a doença grave nos deixa mais vulneráveis e menos capazes de zelar pelos direitos rela-

tivos à autonomia, especialmente no que se refere à tomada de decisão (Bergot, M., 2000, Debner *et al*, 1996, Degner *et al*, 1997, Doyal, L., 2001, Elwin *et al*, 1999, Groopman *et al*, 2001).

Por outro lado, nos últimos anos cresceu imenso o interesse dos profissionais de saúde pela prática baseada no respeito pelos princípios da ética. Mas em alguns aspectos, como por exemplo o consentimento informado, de uma forma muito mais vinculativa, na medida em que também é um assunto do direito. Ou seja, é natural a sua maior valorização pelo médico, não apenas pelo carácter ético mas também porque é uma exigência legal e deontológica.

CONCLUSÕES

O princípio de autonomia é central para todos os que se preocupam com os aspectos bioéticos da relação entre profissionais de saúde e doentes. É o corolário da dignidade inerente à pessoa humana e do seu direito à liberdade. No entanto, a sua prática não é isenta de dificuldades, pelos vários aspectos específicos inerentes a cada pessoa, onde interferem factores psicológicos, culturais e biológicos, tornando impossível a generalização e a uniformidade na aplicação do referido princípio que, a acontecer, se poderá tornar perversa, inadequada e pouco útil aos doentes.

Após o estudo das atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento, e das atitudes dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra perante esses mesmos direitos, pareceu-nos pertinente levar a cabo um estudo das atitudes dos médicos de família perante os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. O presente estudo, foi realizado tendo por base as respostas de 56 médicos de família.

Verificamos que a atitude dos médicos de família relativamente aos direitos à informação e ao consentimento é relativamente forte (valores superiores a 4,20 num máximo de 5,0), estando inversamente relacionada com a idade. Quando comparada com a atitude dos doentes e dos enfermeiros, apresenta valores claramente superiores para ambas as dimensões, tendo esta comparação a limitação já referida dos diferentes contextos dos estudos.

Seria provavelmente interessante desenvolver semelhante estudo com enfermeiros e doentes em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

BIBLIOGRAFIA

- ARCHER, L. – Ainda os direitos do Homem. O consentimento informado. *Brotéria*. 1999; 148(2): 155-164.
- BERGOT M. – L'information medicale du malade hospitalisé. *Gestion Hospitalaire*. 2000: 214-220.
- CÓDIGO PENAL. 6.^a edição. Coimbra: Coimbra Editora, 1999.
- CORTINA, A. – El quehacer ético. Guía para la educación moral. Madrid: Aula XXI/Santillana, 1996.
- CORTINA, A. – La ética de la sociedad civil. Madrid: ANAYA; 1994.
- COSTA, J., MELO, A. – Dicionário da Língua Portuguesa. 8.^a ed.. Porto: Porto Editora, 1998.
- DEBNER, R.; KRAETSCHMER, N.; IRVINE, J. – What role do patients wish to play in treatment decision making? *Archives of Internal Medicine*. 1996; 156: 1414-1420.
- DEGNER L. [et al] – Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*. 1997; 18: 1485-1492.
- DÍAZ, B., PÉREZ, C. – Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Atencion Primaria*. 2005; 35: 240-245.
- DOYAL L. – Informed consent: moral necessity or illusion? *Quality of Health Care*. 2001; Sup. 1: 29-33.
- ELWIN G. [et al] – Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *British Medical Journal*. 1999; 319: 753-756.
- GLEITMAN, H. – Psicologia. 3.^a ed.. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1998.
- GRACIA, D. – Fundamentos de bioética. Madrid: EUEMA Universidad; 1989.
- GRACIA, D. – Planteamiento general de la bioética. In: D. Gracia – Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
- GROOPMAN, J. [et al.] – Como partilhar a tomada de decisões com os doentes. *Patient Care*. 2001; 6: 35-49.
- HOLMES, R. – Truth-telling, lying and the Doctor-Patient relationship. In: R. Gillon (ed.) – Principles of Health Care Ethics, John Wiley & Sons Ltd, 1994, p. 505.
- JONSEN, A.R., SIEGLER, M. WINSLADE, W.J. – Ética Clínica. Lisboa: McGraw-Hill, 1999, p. 53-65.
- LIMA, M. – Atitudes. In: J. Vala, M. Monteiro – Psicologia social. 3.^a ed.. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- MARTINS, J. – Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2003; 8: 49-62.
- MARTINS, J. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, atitudes e opiniões. *Revista Referência*. 2004; 12: 15-26.

- MELO, H.P. – O regime jurídico do consentimento. In: R. Nunes (ed.) – Controvérsias na reabilitação da criança surda. Porto: Fund. Eng. António de Almeida, 1998, p. 198-199.
- SAVATER, F. – Ética para Amador. Barcelona: Ariel; 1992.
- SAVATER, F. – Invitación a la ética. Barcelona: Anagrama; 1986.
- VOLLMAN, J. – Informed consent. A historical and medical perspective. In: A. Okasha, J. Arboleda, J. Flórez, N. Sartorius (eds.) – Ethics, culture and psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 2000, p. 167-188.
- WILSON, G. – Atitudes. In: H. Eysenck, G. Wilson – Manual de psicologia humana. Coimbra: Almedina, 1986.

ANEXO

Colega

Para um melhor conhecimento da sua opinião e atitude perante os direitos do doente que visam a sua autonomia, agradecia a sua resposta ao seguinte questionário.

Este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, destinando-se a ser tratados em conjunto. Esses dados serão utilizados apenas para fins de investigação científica, no âmbito do Núcleo de Bioética e Ética Médica da APMCG.

Sexo: Masculino ____ Feminino ____ Idade: ____ anos

		discordo completa- mente	discordo	indiferente	concordo	concordo completa- mente
1	Deve ser dito tudo ao doente sobre a sua doença					
2	Ao informar o doente, a linguagem deve preferir a clareza à precisão científica					
3	Deve ser respeitado o possível desejo do doente de não ser informado					
4	Deve dizer-se ao doente como se pensa que a sua doença irá evoluir					
5	Deve dizer-se ao doente o diagnóstico da sua doença					
6	A informação a transmitir ao doente deve limitar-se à resposta às suas dúvidas					
7	O doente deve ser informado sobre todos os tratamentos possíveis para a sua doença					
8	O doente deve ser informado sobre a gravidade da sua doença					
9	Ao doente deve ser dito tudo menos as partes mais desagradáveis da sua situação					
10	A família do doente deve ser sempre informada e posta ao corrente da situação					
11	A família deve ser informada sobre a situação do doente se este recusar receber essa informação					
12	Se o doente for ou estiver incapaz (estado de coma, doença mental,...) a informação deve ser dada aos familiares					
13	Quando a doença é grave, o melhor é não dizer nada a ninguém					
14	Deve ser aconselhado ao doente o tratamento que à luz dos conhecimentos actuais seja preferível, com as devidas justificações					
15	Só devem ser transmitidas informações à família se o doente o desejar ou com a sua autorização					

		discordo completa- mente	discordo	indiferente	concordo	concordo completa- mente
16	O doente só deve ser informado sobre o tratamento medicamente preferível e não sobre os outros					
17	A informação deve ser exacta, e para isso nada melhor que as palavras técnicas e científicas correctas, de forma a não deixar lugar para dúvidas					
18	Antes de qualquer exame, deve ser dito ao doente para que serve, os seus riscos e vantagens					
19	Quando a doença é grave, é preferível informar só a família					
20	O doente tem o direito de escolher o tratamento que mais se adequa a si próprio, ainda que a sua escolha não coincida com o tratamento cientificamente mais eficaz					
21	O doente (adulto e capaz), é o único que pode autorizar que sejam realizados exames de diagnóstico e tratamentos sobre o seu corpo					
22	A família também pode autorizar sobre a realização de exames e tratamentos no doente (adulto e capaz)					
23	O médico é que decide o tratamento a efectuar, devendo o doente acatar a sua decisão					
24	Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessários ao diagnóstico da sua doença					
25	Quando o doente recorre ao hospital aceita automaticamente todos os tratamentos necessários para curar ou controlar a sua doença					
26	O acto de consentir deve ser único e específico para cada exame ou tratamento a realizar					
27	O acto de consentir necessita de ser sempre formalizado com a assinatura do doente					
28	Quando existe uma relação de confiança entre o doente e os profissionais, a palavra é suficiente para consentir					
29	O acto de consentir pressupõe a ampla informação do doente					
30	Se o doente é ou está incapaz (doença mental, coma,...), é aos familiares que cabe consentir					
31	Para autorizar a realização de um exame ou tratamento não é necessário ter conhecimentos sobre ele					

Muito obrigado pela sua resposta, pode entregar o questionário no Secretariado da APMCG e aceite o meu convite para a sessão do Núcleo de Bioética e Ética Médica da APMCG a decorrer na Sexta-feira, 10 de Março, na sala Lince, pelas 9horas.

José Augusto Simões

A PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

- A visão de um médico católico -

José Augusto Rodrigues SIMÕES¹

O Sistema de Saúde Português

O actual sistema de saúde português começou a desenhar-se no termo da década de sessenta e no início da de setenta, com a legislação publicada em 1968: “Estatuto dos Hospitais” e “Regulamento dos Hospitais”, da responsabilidade do Dr. Neto de Carvalho, e em 1971: “Centros de Saúde”, da responsabilidade do Prof. Doutor Gonçalves Ferreira. De facto, até essa data, o papel do Estado reduzia-se a permitir que os serviços locais funcionassem, através da actividade de clínicos gerais e das instituições locais de saúde, na maior parte ligadas aos Montepios e às Misericórdias. O Estado era responsável pela construção e gestão dos hospitais nas grandes cidades, onde se formavam o(a)s médico(a)s e o(a)s enfermeiro(a)s. O Estado tinha ainda a responsabilidade da organização da saúde pública através da manutenção de uma rede de funcionários de saúde em todos os municípios do país (médicos municipais), ligados ou não à rede de hospitais sub-regionais.¹

Até 1971 apenas cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de protecção na doença (funcionários públicos, forças armadas, bancários)². A partir deste ano os encargos com a saúde dos restantes cidadãos (60%) passaram a ser abrangidos, parcial ou totalmente, pela Previdência Social.

¹ Chefe de serviço de clínica geral, Médico de família na unidade de saúde familiar Marquês de Marialva do centro de saúde de Cantanhede; Mestre em bioética, Professor adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; Presidente da ADSO (Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar).

Igualmente, no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, designadamente hospitalares, o Estado assumia um papel tímido, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às Misericórdias (principalmente os hospitais regionais e sub-regionais) e a outras entidades sem fins lucrativos. A actividade privada de prestação de cuidados de saúde, como acontece ainda actualmente, distribuía-se fundamentalmente pelas áreas das consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apresentando uma fraca estrutura empresarial. No entanto, ainda no governo de Marcelo Caetano foi criado um serviço nacional de ambulâncias e assistiu-se à estruturação jurídica dos Centros de Saúde (CS), com o Decreto Lei (Dec.Lei) nº 102/71, de 24 de Março, que previa *“o estabelecimento de uma rede de centros de saúde localizados nas sedes dos concelhos em articulação com os serviços médico-sociais da Previdência e instalados, de preferência, nos hospitais sub-regionais de acordo com um plano global”*.³

Contudo, a profunda alteração política determinada pela Revolução de 25 de Abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no sector da saúde.

A Constituição da República Portuguesa de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais, criou um Serviço Nacional de Saúde (SNS) inspirado no modelo inglês, garantindo o direito à protecção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde.

Assistiu-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento da cobertura da população portuguesa na doença, quer através da assumpção dos encargos com a saúde por terceiros pagadores ou sub-sistemas – funcionários públicos, militares, bancários, etc., já existentes – quer através do acesso directo e gratuito aos serviços públicos de saúde. Paralelamente, verificou-se uma melhoria significativa e sustentada dos indicadores de saúde dos portugueses. Por exemplo, a criação do serviço médico à periferia constituiu uma forma de desconcentração dos recursos da saúde e teve um impacto importante no acesso das populações rurais aos cuidados de saúde, assim como se reflectiu positivamente na taxa de mortalidade infantil, a qual diminuiu de 38,9% para 19,8% entre 1975 e 1982.² Esse serviço médico à periferia estava integrado no período de pré-graduação médica, ou seja após o internato geral o médico só poderia prosseguir a sua carreira nas instituições públicas, fazendo antes um ano de exercício da medicina a nível local. A estatização da maior parte dos hospitais das Misericórdias e a integração do seu pessoal na função pública tornaram o Estado português o maior proprietário e gestor de serviços de saúde. Assim, a partir dessa altura, este aliou o papel de principal financiador dos cuidados de saúde ao de principal prestador.

Em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelo Dec. Lei nº 56/79, mais conhecido por “Lei Arnaud”, verificaram-se alterações significativas na estrutura e na organização dos serviços públicos de saúde. Estas alterações acabaram por nunca vir a ser concretizadas em pontos importantes, sujeitas que foram quer às oposições ao modelo definido de prestação de cuidados (a velha querela entre o público e o privado), quer às dificuldades objectivas de implementação, principalmente de natureza financeira.

Nos anos oitenta e noventa, o Estado, pelo Ministério da Saúde, passou a dispor de uma vasta estrutura nacional de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde: hospitais gerais e especializados, institutos e centros de saúde, com milhares de funcionários de diferentes categorias profissionais, com uma administração central poderosa e administrações regionais fracas e sendo todo o sistema regulado pelas normas da administração pública.⁴

Deste modo, começou a assistir-se a uma desvalorização dos direitos sociais e a uma perda de qualidade dos serviços de saúde, sem recursos suficientes para fazer face a uma procura sempre crescente dos cuidados de saúde. Ao mesmo tempo as entidades privadas assumiram um papel progressivamente mais importante na produção de alguns bens e serviços de saúde, passando o Estado, cada vez mais, a assumir um papel de mero financiador.⁵

Todavia, é também desde os anos oitenta que se começaram a verificar as primeiras tentativas para conter e controlar os gastos públicos com a saúde, criando-se as “taxas moderadoras” que visaram racionalizar a utilização das prestações de cuidados de saúde. O que de facto aconteceu foi que a gratuitidade do SNS deixou de funcionar, transformando-se as taxas moderadoras em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde.⁵ Simultaneamente, o sector privado beneficiou, quer directamente, com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades privadas, quer indirectamente, pelo descontentamento crescente da população com os serviços públicos, que determinou o desvio de parte da procura do sector público para o privado, iniciando desta forma o seu restabelecimento progressivo, enquanto alternativa ao SNS.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, por Sistema de Saúde entende-se não apenas o SNS mas também todas as entidades públicas que desenvolvam a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde, bem como as entidades privadas e profissões liberais que acordaram com o SNS uma ou várias daquelas actividades. E, com base no actual art.º 64 da Constituição da República Portuguesa, incumbe ao Estado articular as formas empresariais e privadas da medicina com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade,⁶ contribuindo para o estabelecimento de um sistema global com o objectivo comum de promover a saúde dos cidadãos.

O Serviço Nacional de Saúde

O SNS foi criado, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, pela Lei nº 56/79 de 26 de Agosto. É constituído por um conjunto de órgãos e serviços que têm como objectivo a prestação de cuidados globais e generalizados a toda a população, visando a *“promoção e vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação médica e social”*.⁷ Com este objectivo privilegia os cuidados de saúde primários (CSP), reorganiza a rede hospitalar, aumenta-a em número de camas, apetrecha-a com tecnologias mais sofisticadas, reestrutura as carreiras médicas e de enfermagem, desenvolve o controlo da medicina privada e dos produtos farmacêuticos.

Pelo Dec.Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro foi aprovado o Estatuto do SNS que veio estabelecer o conceito de unidades integradas de cuidados de saúde, formadas pelos hospitais e centros de saúde de determinada área geográfica.

1. Cuidados de Saúde Primários

A política de prioridade aos CSP surge pela primeira vez no início dos anos setenta, integrada na Política do “Estado Social”.⁸ Generalizou-se então o atendimento gratuito a toda a população após o alargamento em 1971 à população rural e o reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco, as grávidas e as crianças.

Na sequência destas medidas, o Decreto Regulamentar nº 12/77, de 7 de Fevereiro (Suplemento), criou as regras de funcionamento dos serviços médico-sociais da Previdência, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Mais tarde, pelo Dec.Lei nº 254/82, de 29 de Junho, foram criadas as Administrações Regionais de Saúde, de âmbito distrital, com a incumbência de executar a política de saúde, registar dados e fazer análise epidemiológica, fazer inspecções e controlar o exercício profissional, planear e avaliar a prestação de serviços e actividades de saúde, formar e investigar no campo da saúde e celebrar convénios de âmbito distrital com entidades não integradas no SNS.⁷ Esta legislação, foi entretanto revogada tendo sido criadas, pelo Estatuto do SNS, as novas Administrações Regionais de Saúde, com um âmbito regional, mais alargado e regulamentadas pelo Dec.Lei nº 335/93, de 29 de Setembro, sendo cinco as actuais regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, entretanto transformadas em Institutos Públicos pelo Dec. Lei nº 222/2007, de 29 de Maio.

Os serviços prestadores de CSP são os Centros de Saúde, que ainda se encontram estruturados segundo o Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de

Abril, apesar de já ter sido revogado pelo Dec.Lei nº 157/99, de 10 de Maio, entretanto represtinado. Aguarda-se a publicação de nova legislação a re-estruturar os Centros de Saúde.

O mencionado Despacho Normativo nº 97/83 define o CS como “*unidade integrada, polivalente e dinâmica prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade*”.

Por seu turno o Dec.Lei nº 157/99, de 10 de Maio, estabelece que “*os centros de saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida*” e “*são, em especial, objectivos dos centros de saúde a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade*”.

Este mesmo Dec.Lei estabelece no seu artigo 12.º que “*cada unidade de saúde familiar tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos*” e que “*a unidade de saúde familiar é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes*”.

2. Cuidados de Saúde Secundários

Os serviços prestadores de cuidados de saúde secundários (CSS) são constituídos pelos Hospitais gerais e especializados e ainda por outras instituições especializadas.⁷ Compreendem o internamento hospitalar e os actos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, as consultas externas de especialidade e os cuidados de urgência na doença e no acidente.

Até aos anos setenta a prestação da assistência hospitalar à população era feita por unidades tecnicamente equipadas, segundo o Dec.Lei nº 48.357/68, de 27 de Abril, que desenvolviam a sua acção em regiões previamente definidas e que correspondiam aos distritos administrativos, de acordo com a Lei de Bases nº 2.011/46, de 2 de Abril.

Nos primeiros anos da década de setenta verificou-se o relançamento dos hospitais centrais e após 1974 a nacionalização dos hospitais distritais e concelhios que, até aí, pertenciam às Misericórdias, feita pelo Dec.Lei nº 104/74, de 7 de Dezembro. O Dec.Lei nº 129/77, de 2 de Abril, aprovou a Lei orgânica hospitalar, com aplicação aos hospitais centrais, gerais e especializados e aos

hospitais distritais, caracterizando-os como pessoas colectivas de direito público, dotados de autonomia administrativa e financeira.⁷

A procura e utilização dos serviços intensificou-se nas décadas seguintes com a abertura de novos hospitais centrais e distritais, até que nos nossos dias, a política de redução do ritmo de crescimento da despesa na saúde, imposta pela conjuntura económica com a consequente redução de verbas, reflectiu-se no incremento da hospitalização privada e na denominada empresarialização dos hospitais públicos. A Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou um novo regime jurídico da gestão hospitalar, estabeleceu que “os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

a) *Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;*

b) *Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;*

c) *Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;*

d) *Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos”.*

No entanto, verifica-se que o sistema hospitalar que hoje emerge está ainda muito ligado a uma estrutura de tecnologia e de administração pesadas e pouco eficazes. O seu desempenho, como estruturas de prestação de cuidados, deve ser submetido, não só às regras da análise económica, mas também à avaliação da qualidade dos procedimentos clínicos, do diagnóstico aos tratamentos, com base em critérios de custo-eficácia, apoiados nas regras gerais da boa prática clínica.⁴ Todo este complexo sistema hospitalar deve estar predominantemente organizado e subordinado aos serviços a prestar às pessoas doentes ou às pessoas ameaçadas pela doença que constituem, naturalmente, o sujeito de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde.

As decisões estratégicas, a organização do sistema, a alocação de recursos, o funcionamento efectivo e a prestação dos serviços, constituem áreas sociais que se devem ordenar pelas regras do direito positivo, as leis, e, sobretudo, adequar-se aos princípios da Bioética.

O principal problema Bioético

O criador do termo “bioethics” (bioética) foi Rensselaer van Potter que no seu livro “Bioethics: Bridge to the Future”, publicado em 1971, o define como “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências humanas e dos cuidados médicos, enquanto se verifica esta conduta à luz dos valores e princípios morais”.⁹

A Bioética designa “*um novo domínio da reflexão e da prática que incide sobre as questões humanas na sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica em seres humanos, e que recorre a sistemas éticos já estabelecidos ou a teorias a estruturar com a finalidade de salvaguardar a dignidade da pessoa, na integralidade da sua singularidade e na universalidade da sua humanidade*”.¹⁰

Então, qual é o principal problema bioético da prestação de cuidados de saúde em Portugal?

Pensamos que o problema dominante é o da desumanização da relação entre as pessoas que têm conhecimentos médicos e técnicos e o ser humano que as procura, frequentemente angustiado porque vive uma doença que afecta a sua pessoa.

Este foi sempre um desafio da Medicina ¹¹ e este é realmente um problema presente no dia-a-dia e que afecta profundamente o sistema de saúde português. A humanização nas relações entre todos os intervenientes e a procura de uma boa qualidade na prestação dos serviços de saúde constituem temas universais e actuais.¹²

A desumanização dos serviços de saúde

Não se pode negar a existência de uma frequente desumanização na medicina. Constatamos uma divergência entre os ideais humanitários das profissões da saúde e a existência de uma realidade concreta muito distante daqueles.¹³ Segundo Howard ¹⁴ as maiores críticas a esta realidade são: a desigualdade na prestação dos serviços de saúde; a indiferença perante as necessidades emocionais dos doentes; a despersonalização dos profissionais de saúde, tanto na medicina ambulatoria como, e principalmente, na medicina hospitalar; a falta de respeito perante a autonomia e a capacidade de decisão dos doentes.

A desumanização diz respeito ao grau de objectivação do doente na percepção do cuidado com que o tratam, à frieza na interacção humana, ao constrangimento da liberdade, à sua marginalização e alienação. O conteúdo mais evidente da desumanização é a transformação do doente num objecto, num número, a sua “coisificação”.¹⁵ Fazendo-o perder as suas características pessoais e individuais, prescindindo dos seus sentimentos e valores, e sendo identificado pelas suas características externas: o que padece de uma determinada patologia, o que vai ser sujeito a uma determinada cirurgia, o que faz uma determinada terapia (citostáticos, por exemplo). A própria super-especialização da prática médica tem tendência a converter o doente na patologia de que padece, esquecendo ou

relegando para segundo plano as suas dimensões pessoais sempre distintas e específicas em cada um.

A desumanização é consequência da ausência de calor afectivo na relação humana. Argumenta-se frequentemente que os profissionais de saúde necessitam desta distância afectiva, já que não podem dar-se emocionalmente a todos os doentes. Contudo, estes sentem esta falta de expressão de sentimentos como indiferença, como preocupação distante, como falta de humanidade.

A desumanização implica duas importantes consequências: a impotência e a falta de autonomia do doente. Este não se sente protagonista do seu destino, mas sente-se coagido e manipulado por atitudes de conformismo. As instituições de saúde forçam os doentes a um comportamento sem naturalidade, a uma restrição da sua liberdade e da sua individualidade. Frequentemente têm que dormir em quartos, sem dispor de privacidade para si e para as suas visitas. Não raramente, acumulam-se em macas nos corredores dos hospitais.

Uma prova da desumanização é a frequente negação ao doente das suas últimas vontades. É indiscutível que os hospitais não foram concebidos em função da morte, embora um grande número de doentes morra neles. Os médicos têm como objectivo da sua missão prolongar a vida dos doentes, e os que cuidam do doente não estão bem preparados nem apoiados para ajudar a morrer. Frequentemente, os serviços preocupam-se com investigações clínicas sofisticadas e, sobretudo, tendem a especializar-se em tratamentos intensivos de curta duração que abreviem a hospitalização do doente. Não se adaptam à situação do doente crónico ou terminal.

É precisamente à volta do acto de morrer que o problema da desumanização se agudiza. Há a tendência para dar respostas esquivas, que servem apenas para aumentar a angústia do doente. Contudo, muitos doentes sentem a gravidade da sua situação porque os médicos os visitam menos, ou deixam, inclusivamente, de os visitar.

A acção médica centra-se muito na parte física do doente, ou seja, no seu organismo e nas suas funções, mas as suas atitudes e convicções íntimas escapam ao diagnóstico e ao prognóstico. Assim, o doente submete-se a uma visão parcial, uma vez que não pode exprimir os seus sentimentos. Esquece-se que não é só o organismo físico mas toda a pessoa que enfrenta a morte. Pelo contrário, e como sublinhou Kübler-Ross,¹⁶ quase todos os doentes sentem necessidade, nalgum momento, de um interlocutor que se preste a ouvi-los e a falar da sua morte próxima.

A desumanização nos cuidados de saúde está, sem dúvida, ligada à desumanização da sociedade em geral, já que as instituições não são compartimentos

estanques. A área da saúde relaciona-se com outras áreas da sociedade e com elas compartilha ideologias comuns sobre a adequada distribuição de recursos e a justa distribuição de bens e serviços. As próprias forças sociais que contribuem para a desumanização nos meios económicos e políticos têm repercussões semelhantes na área da saúde.

De acordo com Howard ¹⁴ existem cinco factores próprios da sociedade e dos cuidados de saúde que incidem na tendência para a desumanização:

- Em primeiro lugar, citemos a pressão para a *centralização* das instituições e do pessoal, e que é parcialmente o resultado da revolução tecnológica e do aumento de custos com a saúde. Incidem na mesma direcção, o rápido e forte desenvolvimento do conhecimento médico e a crescente necessidade de especialização. Isto levou à construção de hospitais, muitas vezes gigantescos, com características impessoais e onde falta humanidade.

- A *burocracia* é uma consequência, dificilmente evitável, desta centralização. As actividades da saúde racionalizam-se e tornam-se de tal modo rotina que os profissionais podem ser rodados, com a agravante que a organização hospitalar e os seus próprios turnos respondem mais aos interesses dos funcionários que aos dos próprios doentes. Para isso é necessário marcar rigidamente as normas e procedimentos que devem ser cumpridos pelos que trabalham nos diferentes serviços e criar muitos relatórios sobre os doentes nos quais os seus traços pessoais se diluem e ficam obscurecidos. A quantidade de relatórios perde-se no organigrama e amontoa-se por inércia.

- Howard ¹⁴ refere também a *tendência secular* nos cuidados de saúde, que se sente particularmente nas instituições com fins lucrativos. A indústria da saúde exige percentagens crescentes do produto interno bruto, e a procura do lucro pode substituir considerações humanistas. Entre as gerações de médicos mais jovens, parece existir além disso, uma forte tendência a considerarem-se “profissionais” e não pessoas que têm antes de mais, uma vocação de serviço ao doente.

- Não se pode negar que a *diferenciação e especialização* podem ser forças humanizadoras se contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados, mas podem igualmente ter consequências desumanizantes: a diferenciação dos especialistas dá origem a que os pacientes reduzam as possibilidades de escolha, o que obriga a que a hierarquia entre os profissionais se oriente mais pela sua capacidade técnica que pelas suas capacidades humanas. O doente recorre hoje a um hospital ou a um serviço atraído pelo prestígio de um determinado especialista ou equipa. Paradoxalmente, os profissionais que mais contacto têm com o doente, como os auxiliares de acção médica, são em geral os que têm um estatuto profissional mais baixo e menor formação em relações humanas, embora frequentemente desenvolvam capacidades de interacção muito valiosas com os doentes.

- Por fim, diversas *crenças desumanizantes* penetram na saúde e com frequência são interiorizadas pelos próprios doentes, onde se podem incluir os seguintes mitos, na prestação dos cuidados de saúde:

- Os cuidados de saúde são mais um privilégio que um direito;
- Certas doenças são moralmente repreensíveis (tema que se agudizou com o SIDA);
- O estado terminal justifica uma situação de “pária”;
- Os médicos são onnipotentes;
- A capacidade dos profissionais para proporcionarem uma atenção afectiva é inversamente proporcional à sua competência técnica.

A exigência de um cuidado humanizado

Na verdade, estamos a assistir a uma reacção contra a desumanização dos serviços de saúde; o reconhecimento da necessidade de mudança é já em si muito importante. É uma exigência da Bioética, dos movimentos de defesa dos direitos dos doentes e das associações de utentes dos serviços de saúde. Está-se a criar uma crescente sensibilização para os direitos do paciente e a afirmação da sua autonomia.¹⁷ Progressivamente, o doente sente-se menos objecto da beneficência do médico ou do serviço nacional de saúde, e é portador de exigências de qualidade aos serviços de saúde a que ele próprio se sente com direito, visto que contribue com os seus impostos para a satisfação das necessidades comuns.

Segundo Howard ¹⁴ podem referir-se as seguintes características de um cuidado humanizado aos doentes:

- *Reconhecimento da dignidade intrínseca de todo o doente.* É grave a afirmação de que possam existir pessoas de menor valor social, o que não só aumenta o seu sofrimento como não está de acordo com os objectivos de uma sociedade democrática;

- *Unicidade do doente.* Significa que todo o doente deve ser tratado como uma pessoa concreta, com a sua própria história, com os seus atributos, necessidades e vontades únicas;

- *O doente deve ser tratado na sua globalidade.* Como uma personalidade complexa e total, que ultrapassa as atitudes reducionistas que restringem o doente à sua doença ou à sua sintomatologia. Uma consequência importante desta aproximação global será o profundo respeito pela privacidade do doente, que pode ser lesada pelo conhecimento dos segredos e da intimidade do doente;

- *O respeito pela liberdade do doente.* É fundamental na humanização dos cuidados de saúde mesmo requerendo limitações. É o reconhecimento de que o doente é uma pessoa autónoma que controla o seu destino, dentro dos limites

impostos pela sua situação física e psíquica, não obstante os recursos serem escassos, e a sua liberdade para remediar as suas necessidades ter como limites as liberdades e necessidades dos outros;

- A *participação dos doentes* é um indiscutível ideal humanitário. É importante promover a participação de associações de utentes, ligas de amigos ou de voluntários na defesa dos direitos dos doentes; assim como o alertar a consciência dos profissionais da saúde no sentido de que estão ao serviço da humanidade e que devem respeitar os direitos dos doentes.

Emmanuel Lévinas¹⁸ escreveu que o médico “*é aquele que aceitou a vocação de ser o primeiro a responder ao apelo do sofrimento do outro. Esse outro que, quando sofre, fica fechado em si próprio, condenado ao isolamento, até que alguém seja capaz de o ouvir*”. Esse encontro com o outro que Lévinas considera “*o acontecimento central*” à volta do qual se articulam todas as regras éticas, é muito mais do que o puro olhar, o puro conhecimento, o puro saber. É uma responsabilidade. O médico assume deste modo a essência e a responsabilidade das grandes relações inter-humanas. Esta resposta positiva pressupõe uma disponibilidade permanente, uma capacidade de aceitar o doente como o ser mais vulnerável e merecedor da nossa atenção. Assim, se realmente considerarmos a pessoa como alteridade, a profissão médica está no vértice de toda a concepção de pessoa já que se a deixarmos permanecer isolada, mergulhada na sua dor, ela deixa de o ser em toda a sua plenitude, num dos momentos essenciais da sua vida.¹⁹

NOTAS

¹ Santos AL. A relação médico-doente-instituições-Estado. *Ação Médica* 1999; 63 (4): 213-22.

² Santana AP. Acessibilidade e utilização dos Serviços de Saúde: ensaio metodológico em Geografia da Saúde. Coimbra: Comissão de Coordenação da Região Centro, 1993.

³ Lopes OG. Planeamento em Saúde. Para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987;23:99-114.

⁴ Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G. *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill, 2002:ix-xx.

⁵ Santos BS. O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1987;23:13-74.

⁶ Miranda J, Silva JP. *Constituição da República Portuguesa*. 2ª ed Cascais: Principia, 2000.

⁷ Gomes DS, Dias JL. *O Serviço Nacional de Saúde. Descrição sumária do seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1987.

- ⁸ Campos AC. Cuidados Primários e Economia da Saúde: Uma aliança de mútuo interesse. *Rev Port Saúde Publica* 1983;2:21-30.
- ⁹ Potter R. *Bioethics, Bridge to the Future*. Prentice Hall:Englehood Clifs, NJ, 1971.
- ¹⁰ Patrão Neves MC. A Bioética como expressão de um novo saber. In: Patrão Neves MC (coord) *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. [2ª edição revista e aumentada]. Coimbra:Gráfica de Coimbra, 2002.
- ¹¹ Ribeiro da Silva J. Ciências médicas: humanização e técnica. In: Ribeiro da Silva J. *A Ética na Medicina Portuguesa*. Lisboa:Faculdade de Medicina, 1994.
- ¹² Santos AL. Humanização e a qualidade do atendimento em saúde. As dificuldades. *Acção Médica* 1996;60(3):134-43.
- ¹³ Gafo J. Humanização. In: Gafo J. *10 Palavras chave em Bioética*. Coimbra:Gráfica de Coimbra, 1996.
- ¹⁴ Howard J. Prospects for humane care are hopeful. *Hospitals* 1979;53(22):76-9.
- ¹⁵ Osswald W. Humanizar a Saúde In: Osswald W. *Um Fio de Ética (Exercícios e Reflexões)*. [2ª edição revista]. Coimbra:Gráfica de Coimbra, 2004.
- ¹⁶ Kübler-Ross E. *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides, 1996.
- ¹⁷ Serrão D. Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. In: Patrão Neves MC (coord) *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Açores:Centro de Estudos de Bioética. 1996.
- ¹⁸ Levinas E. *Totalidade e Infinito*. Lisboa:Edições 70, 1988.
- ¹⁹ Biscaia J. Juramento de Hipócrates. *Acção Médica* 1999;63(2):69-73.

AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIARES E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

José Augusto Simões*

Em 1996 foram iniciados projetos e iniciativas experimentais de inovação organizativa visando explorar outros caminhos para reorganizar a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) aos cidadãos. O “*Projeto Alfa*” foi um exemplo que surgiu na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo no sentido de descongelar o esquema monolítico do SNS e estimular as ideias e iniciativas dos profissionais para que aproveitassem melhor a capacidade e meios instalados nos Centros de Saúde (CS). De acordo com Maria da Luz Pereira¹, em Março de 1996, a equipa dirigente da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo lançou o desafio aos médicos de família do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e aos outros profissionais dos CS com o objectivo “*se assumirem, em pequenos grupos, como os principais responsáveis pela organização e prestação de cuidados de saúde primários no âmbito do SNS, garantindo mais satisfação a todas as partes envolvidas*”. Na opinião de Rui

* Médico de família e coordenador da Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva, em Cantanhede (jarspt@sapo.pt).

¹ PEREIRA, ML. Processos de mudança e dinâmica de equipa em medicina familiar: a experiência Fernão Ferro Mais. In: ALVES, MV., RAMOS, V. (editor). Medicina geral e familiar: da memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 163-173.

Alves e colaboradores² foi dada então “*autorização*” à criatividade, à ousadia inovadora e à tenacidade de pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa multiprofissional. O edifício hierárquico e burocrático do SNS resistiu a esta primeira incursão, mas não conseguiu impedir que 15 grupos tivessem iniciado as suas experiências. Ainda hoje se mantêm em actividade a maioria destes grupos. Os projetos foram amplamente avaliados, quer internamente, quer por entidades externas, e foram tema para trabalhos e dissertações académicas.^{1,2,3}

A avaliação do “*Projeto Alfa*” apontou para a necessidade de se estudarem formas retributivas mais justas. Isto é, que permitissem recompensar os que mais e melhor trabalham. Este facto forneceu argumentação técnica e política para ensaiar novas formas remuneratórias nos centros de saúde. O “*regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral*” foi aprovado pelo Dec-Lei nº 117/98, de 5 de Maio, consagrando, em diploma legal, alterações na organização do trabalho semelhantes às do “*Projeto Alfa*”, introduzindo uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e à qualidade do desempenho profissional, rompendo com o modelo salarial tradicional da função pública.

Paralelamente, de acordo com António Branco e Vítor Ramos³, foi lançado o debate sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde para os Centros de Saúde (CS), combinada com a reorganização interna dos CS, associando a autonomia à responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objetivos comuns.

² ALVES, RM. et al. Unidade de medicina geral e familiar Omega: medicina centrada na pessoa. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Portugal. 2000; 16(5): 394-404.

³ BRANCO, A., RAMOS, V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001; Volume temático 2: 5-12.

Em 1997 e 1999 foram criadas as agências de acompanhamento e de contratualização, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde, uma por cada região de saúde (agências de acompanhamento dos serviços de saúde, Decreto Normativo nº 46/97, de 8 de Agosto; agências de contratualização dos serviços de saúde, Despacho Normativo nº 61/99, de 12 de Novembro). No ano de 1998 iniciaram-se as discussões dos contratos-programa dos hospitais e, no ano seguinte, aplicou-se o mesmo processo nos centros de saúde⁴, começando na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Em 1999 foi aprovada pelo governo socialista legislação sobre os Centros de Saúde (CS) de “terceira geração” (Dec-Lei nº 157/99, de 10 de Maio) com autonomia e hierarquia técnica, integrando a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares.³ No entanto, esta legislação não chegou a ser implementada e veio mesmo a ser alterada pelo governo social-democrata seguinte através do Dec-Lei nº 39/2002, de 26 de Fevereiro. O mesmo governo social-democrata criou a “*Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários*” através do Dec-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril, que também não chegou a ser implementada. O governo socialista seguinte revogou o Dec-Lei nº 88/2005 de 3 de Junho que repristinou o Dec-Lei nº 157/99. E, por força do Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, os Centros de Saúde regulados pelo Dec-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, alterado pelo Dec-Lei nº 39/2002 de 26 de Fevereiro e repristinado pelo Dec-Lei nº 88/2005 de 3 de Junho, deixaram de estar sujeitos a esse diploma a partir de 1 de Março de 2009, momento em que foram integrados nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), através da Portaria nº 274/2009, de 18 de Março.

⁴ BISCAIA, AR. et al. Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2ª edição revista e actualizada. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.

As Unidades de Saúde Familiar (USF), previstas no Dec-Lei nº 157/99 de 10 de Maio, e criadas pelo Dec-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, visam a modernização organizativa e técnico-científica dos CSP (Cuidados de Saúde Primários) nas instituições públicas do SNS, segundo Vítor Ramos⁵, quebrando a prática a “*solo*”, que é psicologicamente perigosa para o médico de família e pode ser perigosa para os pacientes. As USF enquanto modalidade de organização do trabalho em CSP estão em consonância, nas opiniões de António Branco³ e Vítor Ramos⁶, com as tendências internacionais de redução acelerada da “*solo practice*” (prática profissional individual), substituindo-a pelas “*group practices*”.

A prática médica isolada tem, cada vez mais, inconvenientes e perigos sérios. A vivência científica e uma razoável atualização de conhecimentos requerem uma cultura de grupo, com discussão regular das situações dos pacientes, com a análise interpares de práticas e procedimentos.³

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) criadas pelo Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, e regulamentadas pelo Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril, são, talvez, a novidade mais visível da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Enquanto as USF visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, as UCC são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos CSP junto das populações.

⁵ RAMOS, V. Unidades de saúde familiar - Continuidade de um processo! Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005; 23(2): 3-4

⁶ RAMOS, V. Medicina geral e familiar: 10x3 ideias-chave. In: ALVES, MV., RAMOS, V. (editor). Medicina geral e familiar: da vontade. Lisboa: MVA Invent; 2004. p. 71-121.

Um dos problemas da “*segunda geração*”⁴ de centros de saúde (CS) foi a tendência para se virarem sobre si próprios, encerrando-se nas suas paredes. Esta tendência teve causas diversas, a começar pela própria estrutura organizativa, com uma lógica de segmentação profissional. É verdade que sempre houve CS com projetos e intervenção sistemática na comunidade. Mas, infelizmente, não constituíram a regra e fizeram-no à custa de muito voluntarismo e carolice de um número restrito de profissionais.³

A reorganização estrutural prevista no Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos CSP, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. As unidades operativas propostas podem facilitar, consolidar e generalizar as boas experiências e as melhores práticas que hoje já acontecem no terreno, apesar dos obstáculos e das dificuldades estruturais e financeiras. Estão também na linha das tendências verificáveis nos cuidados de saúde primários dos países desenvolvidos³.

Por exemplo, as USF (Unidades de Saúde Familiares) e as UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) combinam duas abordagens complementares: uma privilegia a liberdade de escolha do médico mas pode levar a grande dispersão geográfica; a outra intervém de forma sistemática e continuada em pequenas áreas geográficas. As UCC são, assim, como que os “*braços*” proactivos do CS junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) e no sistema de saúde.³

As Unidades de Saúde Pública (USP) permitem cumprir a vocação populacional e de preocupação com a saúde colectiva. São o elo de ligação e de entrosamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) com a restante rede infraestrutural da saúde pública,

que está a ser estruturada por círculos de âmbito local, regional, nacional e internacional.³

As restantes unidades funcionais previstas no Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, visam completar a funcionalidade e a capacidade de resposta dos ACES em relação às necessidades da população. Todas as unidades são multiprofissionais, embora numas predominem os conhecimentos e práticas de Medicina Geral e Familiar (MGF), caso das USF e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); ou os conhecimentos e práticas de enfermagem comunitária e de família, caso das UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade); ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que está em causa é servir os pacientes e a comunidade, e não afirmar protagonismos de grupos profissionais.³

Um dos desafios à imaginação, criatividade e capacidade de organização dos profissionais é o de encontrarem modalidades de entrosamento e cooperação entre as várias unidades funcionais. Por exemplo, como articular eficazmente o trabalho das USF com o das UCC?

É absurdo pretender que alguém escreva normas sobre o que deve acontecer em realidades que variam de local para local e, no mesmo local, consoante o momento e os recursos disponíveis. A lógica dos serviços estanques tem de dar lugar a modalidades de trabalho orientadas para as necessidades dos pacientes e para servir a população. Esta é uma área para intenso estudo, debate, experimentação, avaliação e divulgação de ideias, experiências e resultados obtidos no terreno. Tudo isto pressupõe um processo de mudança progressiva e coerente, com informação, debate e envolvimento alargados e rigorosos dos profissionais.³

Desde a promoção da saúde até à emergência médica, passando pelos aspectos relacionados com a prevenção da doença, a abordagem

da doença crónica e os cuidados na doença aguda não emergente, a saúde é uma responsabilidade partilhada por diversos atores sociais, a maioria dos quais exteriores ao chamado setor da saúde.³

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) pressupõe, nos tempos actuais, uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos. Há profissionais que se adaptam e trabalham bem como trabalhadores dependentes. Há outros que se realizam e produzem melhor como empreendedores. O sistema de saúde português, que é universal, deve poder contar com o melhor de todos os sectores.

Neste sentido foi proposto um novo modelo de USF – o modelo C (Despacho nº 24101/2007 de 22 de Outubro). Trata-se de um modelo experimental a regular por diploma próprio que envolve os três sectores dos cuidados de saúde - social, cooperativo e privado - articulados pelo ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde) e sem qualquer dependência hierárquica deste. A sua actividade baseia-se num contrato-programa estabelecido com a respectiva ARS através do departamento de contratualização, ficando sujeita a controlo e a avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos. Este modelo pode ampliar a possibilidade de escolha dos cidadãos, introduzir um elemento concorrencial regulado entre os prestadores do SNS e complementar a capacidade de oferta dos serviços com propriedade pública.

Armando Brito de Sá⁷ considera ter chegado o momento “*de reunir esforços e lançar a terceira vaga dos cuidados de saúde primários: aquela na qual os médicos de família arriscam ser profis-*

⁷ SÁ, AB. A terceira vaga (extractos da conferência de abertura das IV Jornadas do Centro de Saúde de Sete Rios). Médico de Família. 2003; III Série(55) 15 de Dezembro: 16-17.

sionais independentes, estabelecendo com o Estado um contracto de prestação de serviços, enquadrado conceptualmente pela medicina geral e familiar”.

A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e acção. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes. Está em causa a criação de um dispositivo de gestão com autonomia e responsabilização cujo cenário de aplicação e desenvolvimento se caracteriza por:³

- a) Uma estrutura descentralizada, baseada numa rede de equipas multiprofissionais, na linha da frente, instituindo estas equipas como princípio estrutural permanente dos agrupamentos de centros de saúde, e não como modalidade *ad hoc*;
- b) Uma hierarquia técnica, cuja missão essencial é a de harmonizar a intervenção das diversas equipas e desenvolver dinâmicas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Uma equipa de gestão, de apoio ao trabalho das equipas e de coordenação e coesão institucional.

Como sublinham António Branco e Vítor Ramos³, este cenário está claramente em contracorrente em relação à cultura burocrática centralista de comando e controlo enraizada entre nós desde há muitos anos. É um desafio que requer uma intensa e persistente dinâmica de formação, experimentação, avaliações continuadas e ajustes no terreno. E a experiência já demonstrou que a mudança organizacional nos cuidados de saúde primários não pode ser implementada por via normativa “*clássica*”.

Os cuidados de saúde primários são o primeiro ponto de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. O reforço da qualidade desta primeira e fundamental interface é um dos mais importantes objetivos da reforma em curso, abrindo caminho a uma necessária e profunda mudança organizacional. Foi neste sentido que surgiram as novas unidades funcionais dos centros de saúde, muito em particular as Unidades de Saúde Familiar, como parte integrante de um processo de reestruturação.

Atitudes Éticas dos Profissionais de Saúde, nas Relações com os Pacientes e suas Famílias, nas Relações Interprofissionais e Interpares e na Gestão / Organização do Sistema de Saúde

José Augusto Simões*

Resumo

Objetivo: Como existem poucos estudos sobre as determinantes e as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde, os objetivos deste estudo foram identificar e comparar o conjunto de atitudes éticas destes profissionais bem como as justificações para a sua tomada de decisão.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, que envolveu médicos e enfermeiros dos centros de saúde da região centro de Portugal. Os participantes foram convidados a listar os problemas éticos de três casos hipotéticos e consecutivamente recomendar soluções para essas situações, justificando as suas sugestões. Foram utilizados os softwares Microsoft Word e Excell.

Resultados: Foram inquiridos 107 profissionais de saúde, 56 médicos e 51 enfermeiros, 72,9% do sexo feminino. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não parecem ser influenciadas pela carreira ou género, e utilizam na tomada de decisão atitudes justificadas pela ética principialista e pela ética profissional.

Conclusões: Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários são preocupações diárias similares às situações críticas, dilemáticas, vividas nos cuidados hospitalares. Contudo, a subtilidade envolvida pode fazê-los passar despercebidos, com possíveis consequências desastrosas para os pacientes, famílias e comunidades locais. Médicos e enfermeiros, em geral, estão preocupados

Abstract

Purpose: Given the scarcity of studies on the determinants and basis that influence health professionals' ethical decisions, this study was devised to identify and compare the professionals' ethical attitudes and the justifications for their decision making.

Methods: Cross-sectional study, quantitative, involving doctors and nurses from health centres of the central region of Portugal (cluster sampling). Participants were asked to list ethical problems in three hypothetical cases, recommending and justifying their proposed solutions to those problems. Software used: Microsoft Word™ and Microsoft Excel™.

Results: The authors inquired 107 health professionals, 56 doctors and 51 nurses, 72.9% female. The professionals' ethical attitudes did not seem to be influenced by their career or gender, and their decision making is justified by principlist and professional ethics.

Discussion: Ethical problems in primary health care are daily concerns similar to critical, dilemmatic situations seen in hospital care. The involved subtlety may make them go unnoticed with possibly disastrous consequences for patients, families and local community. In general, doctors and nurses are concerned with upholding patients' individual rights, but they do so while protecting the bonding relationships in a blend of principlist and caring approaches. Primary health care, when com-

* Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra, Mestre em Bioética pela Universidade de Lisboa, aluno de doutoramento da Universidade de Aveiro. Trabalho desenvolvido na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro e integrado na investigação "Ética e Cuidados de Saúde Primários. Um estudo descritivo em Centros de Saúde" do projeto de doutoramento na Universidade de Aveiro, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Nunes e do Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo.

com a preservação dos direitos individuais dos pacientes, mas procuram também proteger as suas relações de ligação, pelo que fazem uma mistura das abordagens principialista e do cuidado. Os cuidados de saúde primários, quando comparados com os hospitalares, lidam com factos e valores distintos, muitas vezes, de maior amplitude e complexidade, embora de menor dramaticidade, o que justifica uma maior investigação para ajudar a analisar cuidadosamente esta interface da bioética com esse nível de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários. Atitudes Éticas. Médicos. Enfermeiros.

Introdução

Atualmente, a teoria ética já não se encontra isolada da investigação empírica, forma tradicional como ela apareceu na filosofia ética, mas está ligada a essa investigação e é informada por ela. O objetivo da diretriz de ação já não é fazer uma determinação conclusiva de um dever moral, mas ir fazendo declarações provisórias que devem ser investigadas com critérios científicos e revistas sempre que se justifique, ou seja, quando houver mais conhecimento empírico.¹

Com o objetivo de conhecer a investigação que já tinha abordado o estudo de atitudes éticas dos profissionais de saúde de cuidados de saúde primários efetuou-se uma pesquisa bibliográfica. Foram encontrados 55 estudos e da sua análise destacou-se a proposta de Zoboli e Fortes² que baseados nas suas investigações, realizadas com médicos e enfermeiros do programa de saúde da família em São Paulo (Brasil), identificaram três dimensões de problemas éticos nos cuidados de saúde primários – uma relativa às relações dos profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias; outra relativa às relações interprofissionais e interpares; e uma terceira relativa aos problemas éticos na gestão/organização da saúde. Esta proposta é reforçada por outros estudos efetuados em contexto de cuidados de saúde primários.^{3,4,5,6}

Métodos

Realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo, através da aplicação de um questionário, previamente construído e testado para este estudo, na área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-C).

pared to hospital care, deals with distinct facts and values, often of greater amplitude and complexity albeit less dramatic, thus justifying further research to help thoroughly examine this interface between bioethics and primary health care.

Keywords: Primary health care. Ethical attitudes. Doctors. Nurses.

O universo estudado foram os médicos de família e os enfermeiros a trabalhar nos centros de saúde (CS) da ARS-C. Antes de se iniciar a aplicação do questionário foi pedido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João, do Porto, a elaboração de um parecer para a realização do estudo proposto; e ao conselho diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, a necessária autorização para a realização do mesmo.

Os diretores dos centros de saúde foram contactados pessoalmente, pedindo-se-lhes colaboração na distribuição dos questionários junto de todos os médicos de família e enfermeiros em serviço no seu CS, bem como na recolha e devolução dos questionários respondidos, ao investigador.

O questionário utilizado neste estudo consistiu numa primeira parte que incluiu seis questões sobre os aspetos sócio profissionais de caracterização do inquirido: a idade, o género, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região e a área de trabalho; e numa segunda parte que incluiu a descrição de três casos problema, (I a III), retirados da bibliografia e procurando refletir um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, relacionamento interprofissionais e problemas de gestão/organização do sistema de saúde, e ainda da solicitação de resposta escrita a três questões (“que problemas éticos lista nesta situação”; “o que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso”; “e por quê”), pedindo-se que o inquirido descrevesse a sua atitude perante cada caso.

I) “O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são

sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços.”⁷

II) “Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afetiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar diretamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas.”⁸

III) “F., de 46 anos de idade, foi à consulta aberta/complementar do centro de saúde, por não ter médico de família, tal como mais de 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no centro, queixando-se de desconforto num dos seios. A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma mamografia a ser efetuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no centro de saúde, é necessário a sua referenciação ao hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respetivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo centro de saúde e voltar para

punção-biopsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biopsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares.”⁹

O questionário do estudo foi então aplicado em centros de saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, entre Maio de 2007 e Abril de 2008. Este longo período para a recolha de dados ficou a dever-se à necessidade que o investigador teve de se deslocar a muito centros de saúde da região para motivar os profissionais de saúde a responderem ao questionário.

As respostas escritas nos questionários foram copiadas para ficheiros Word. Depois foram lidas as respostas dadas para cada uma das três perguntas de cada um dos casos e perante a presença dos índices referidos no quadro I, foram agrupadas em cinco categorias “ética principialista”, “ética das virtudes”, “ética do cuidado”, “ética casuística” e “ética profissional” e escritas numa folha Excel. Numa segunda fase as categorias atribuídas às respostas dadas a cada um dos casos foram lidas e reagrupadas numa das cinco categorias em análise, se da maioria das 3 respostas dadas se inferisse que prevalecia uma das categorias; ou então era agrupada na categoria “mista”, que se refere à utilização de várias categorias, não prevalecendo nenhuma. Na análise descritiva aparece a categoria “sem resposta”, que se refere à não existência de resposta ao caso.

Quadro I: Índices das categorias

Ética principialista	Ética das virtudes	Ética do cuidado	Ética casuística	Ética profissional
Direitos	Paciência	Ajuda	Probabilidade	Deontologia
Recursos	Honestidade	Proteção	Analogia	Responsabilidade
Decisão	Confiança	Acompanhamento	Causas	Negligência
Acesso	Coragem	Diálogo	Circunstâncias	Sanções
Regras	Companheirismo	Relação	Casos	Denúncia
Equidade	Tentação	Estima		Cumprimento
Autocuidado	Respeito	Negociar		Legis artis

Resultados

Foram recebidos 107 questionários com respostas a todas ou a algumas das perguntas abertas e que foram objeto da análise qualitativa que se segue.

As características sócio profissionais são apresentadas no quadro II. A amostra deste estudo é constituída por 107 indivíduos, sendo 78 do sexo feminino (72,9%) e 29 do sexo masculino (27,1%), dos quais 56 são médicos (52,3%) e 51 enfermeiros (47,7%).

Quadro II: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características sócio profissionais

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	78	72,9
Masculino	29	27,1
Idade		
20 – 29 anos	3	2,8
30 – 39 anos	24	22,4
40 – 49 anos	26	24,3
50 – 59 anos	52	48,6
60 – 69 anos	2	1,9
Profissão		
Médico	56	52,3
Enfermeiro	51	47,7
Sub-Região		
Aveiro	23	21,5
Castelo Branco	23	21,5
Coimbra	34	31,8
Guarda	8	7,5
Leiria	14	13,1
Viseu	5	4,7
Área de Trabalho		
Urbana	55	51,4
Rural	16	15,0
Semiurbana	36	33,6

Da análise do quadro III verifica-se que para o caso I, que reflete um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, 40,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética principialista”, 23,4% na categoria “ética do cuidado”, 11,2% na categoria “ética das virtudes” e 10,3% foram respostas “mista”, em que nenhuma das categorias consideradas prevaleceu nas 3 questões.

Quadro III: Categorias das respostas aos casos apresentados

	Caso I		Caso II		Caso III	
	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	43	40,2	10	9,3	34	31,8
Ética das virtudes	12	11,2	3	2,8	6	5,6
Ética do cuidado	25	23,4	20	18,7	3	2,8
Ética casuística	7	6,5	1	0,9	15	14,0
Ética profissional	7	6,5	48	44,9	30	28,0
Mista	11	10,3	15	14,0	8	7,5
Sem resposta	2	1,9	10	9,3	11	10,3
Total	107	100,0	107	100,0	107	100,0

Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissionais, verifica-se que 44,9% das respostas foram consideradas na categoria “ética profissional”, 18,7% na categoria “ética do cuidado” e 14% foram respostas “mista”.

Por fim, para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, verifica-se que 31,8% das respostas foram consideradas na categoria “ética principialista”, 28% na categoria “ética profissional”, 14% na categoria “ética casuística” e 7,5% foram respostas “mista”.

No quadro IV são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o género dos respondentes.

Quadro IV: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o género

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	11	37,9	32	41,0	1	3,4	9	11,5	6	20,7	28	35,9
Ética das virtudes	4	13,8	8	10,3	1	3,4	2	2,6	3	10,3	3	3,8
Ética do cuidado	5	17,2	20	25,6	4	13,8	16	20,5	0	0,0	3	3,8
Ética casuística	1	3,4	6	7,7	0	0,0	1	1,3	5	17,2	10	12,8
Ética profissional	5	17,2	2	2,6	14	48,3	34	43,6	11	37,9	19	24,4
Mista	2	6,9	9	11,5	7	24,1	8	10,3	2	6,9	6	7,7
Sem resposta	1	3,4	1	1,3	2	6,9	8	10,3	2	6,9	9	11,5
Total	29	100	78	100	29	100	78	100	29	100	78	100

Verifica-se que, para o caso I, 37,9% das respostas dos homens e 41% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista”; para a categoria “ética do cuidado” foram consideradas 25,6% das respostas das mulheres e 17,2% das respostas dos homens; é ainda de referir que 17,2% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética profissional” e só 2,6% das respostas das mulheres o foram.

Para o caso II verifica-se que 48,3% das respostas dos homens e 43,6% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética profissional”; 20,5% das respostas das mulheres e 13,8% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética do cui-

dado”; e 11,5% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista” e só 3,4% das respostas dos homens o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 37,9% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética profissional” e 35,9% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista”; 17,2% das respostas dos homens e 12,8% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética casuística”.

No quadro V são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão dos respondentes.

Quadro V: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Méd		Enf		Méd		Enf		Méd		Enf	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	22	39,3	21	41,2	3	5,4	7	13,7	10	17,9	24	47,1
Ética das virtudes	7	12,5	5	9,8	1	1,8	2	3,9	3	5,4	3	5,9
Ética do cuidado	12	21,4	13	25,5	11	19,6	9	17,6	1	1,8	2	3,9
Ética casuística	4	7,1	3	5,9	1	1,8	0	0,0	11	19,6	4	7,8
Ética profissional	5	8,9	2	3,9	25	44,6	23	45,1	20	35,7	10	19,6
Mista	5	8,9	6	11,8	11	19,6	4	7,8	5	8,9	3	5,9
Sem resposta	1	1,8	1	2,0	4	7,1	6	11,8	6	10,7	5	9,8
Total	56	100	51	100	56	100	51	100	56	100	51	100

Verifica-se que para o caso I, 39,3% das respostas dos médicos e 41,2% das respostas dos enfermeiros foram

consideradas na categoria “ética principialista”; para a categoria “ética do cuidado” foram consideradas 25,5%

das respostas dos enfermeiros e 21,4% das respostas dos médicos; é ainda de referir que 12,5% das respostas dos médicos e 9,8% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética das virtudes”.

Para o caso II, verifica-se que 44,6% das respostas dos médicos e 45,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética profissional”; 19,6% das respostas dos médicos e 17,6% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética do cuidado”; e 13,7% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista” e só 5,4% das respostas dos médicos o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 35,7% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria “ética profissional” e 47,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista”; 19,6% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria “ética casuística” e só 7,8% das respostas dos enfermeiros o foram.

No quadro VI são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área de trabalho dos respondentes.

Quadro VI: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área

	Caso I						Caso II						Caso III					
	Urb		Rural		Semi		Urb		Rural		Semi		Urb		Rural		Semi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É. princ	21	38,2	3	18,8	19	52,8	3	5,5	2	12,5	5	13,9	17	30,9	5	31,3	12	33,3
É. virt	4	7,3	5	31,3	3	8,3	2	3,6	1	6,3	0	0,0	2	3,6	2	12,5	2	5,6
É. cuid	14	25,5	5	31,3	6	16,7	12	21,8	1	6,3	7	19,4	3	5,5	0	0,0	0	0,0
É. cas	4	7,3	0	0,0	3	8,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	5	9,1	3	18,8	7	19,4
É. prof	3	5,56	2	12,5	2	5,6	25	45,5	8	50,0	15	41,7	18	32,7	4	25,0	8	22,2
Mista	8	14,5	1	6,3	2	5,6	11	20,0	1	6,3	3	8,3	7	12,7	0	0,0	1	2,8
Sem	1	1,8	0	0,0	1	2,8	1	1,8	3	18,8	6	16,7	3	5,5	2	12,5	6	16,7
Total	55	100	16	100	36	100	55	100	16	100	36	100	55	100	16	100	36	100

Urb = Área urbana; Rural = Área rural; Semi = Área semiurbana

É. princ = Ética principialista; É. virt = Ética das virtudes; É. cuid = Ética do cuidado; É. cas = Ética casuística; É. prof = Ética profissional

Verifica-se que, para o caso I, 38,2% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 52,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética principialista”; para os profissionais que trabalham em área rural, embora em número mais reduzido, verifica-se que 31,3% (n=5) das respostas foram consideradas nas categorias “ética das virtudes” e “ética do cuidado” e só 18,8% (n=3) foram consideradas na categoria “ética principialista”.

Para o caso II verifica-se que 45,5% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana, 50% das respostas dos que trabalham em área rural e 41,7% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética profissional”; 21,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 19,4% das respostas dos que trabalham em

área semiurbana foram consideradas na categoria “ética do cuidado” e só 6,3% das respostas dos profissionais que trabalham em área rural o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 32,7% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana foram consideradas na categoria “ética profissional” e 31,3% das respostas dos que trabalham em área rural e 33,3% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética principialista”.

No quadro VII são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário dos respondentes. Por só haver 4 respostas no grupo etário dos 20 aos 29 anos foram juntas ao grupo dos 30 aos 39 anos, assim como só havia 2 respostas no grupo etário acima dos 59 anos foram juntas ao grupo dos 50 aos 59 anos, tendo sido analisados 3 grupos etários.

Quadro VII: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário

	Caso I						Caso II						Caso III					
	<40		40-49		>49		<40		40-49		>49		<40		40-49		>49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É. princ	12	44,4	9	34,6	22	40,7	6	22,2	2	7,7	2	3,7	11	40,7	12	46,2	11	20,4
É. virt	2	7,4	5	19,2	5	9,3	0	0,0	2	7,7	1	1,9	4	14,8	1	3,8	1	1,9
É. cuid	6	22,2	7	26,9	12	22,2	4	14,8	5	19,2	11	20,4	1	3,7	0	0,0	2	3,7
É. cas	2	7,4	2	7,7	3	5,6	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	7,4	1	3,8	12	22,2
É. prof	1	3,7	1	3,8	5	9,3	10	37,0	12	46,2	26	48,1	5	18,5	6	23,1	16	35,2
Mista	3	11,1	2	7,7	6	11,1	4	14,8	2	7,7	9	16,7	1	3,7	4	15,4	3	5,6
Sem	1	3,7	0	0,0	1	1,9	3	11,1	3	11,5	4	7,4	3	11,1	2	7,7	6	11,1
Total	27	100	26	100	54	100	27	100	26	100	54	100	27	100	26	100	54	100

<40 = Idade inferior a 40 anos; 40-49 = Idade compreendida entre os 40 e os 49 anos inclusive; >49 = Idade superior a 49 anos

É. princ = Ética principialista; É. virt = Ética das virtudes; É. cuid = Ética do cuidado; É. cas = Ética casuística; É. prof = Ética profissional

Verifica-se para o caso I, que foram consideradas na categoria “ética principialista” 44,4% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 34,6% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 40,7% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; na categoria “ética do cuidado” foram consideradas 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 26,9% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 22,2% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos.

Para o caso II, foram consideradas na categoria “ética profissional” 37,0% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 48,1% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; foram consideradas na categoria “ética principialista” 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos; e 19,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos; e 20,4% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos foram ainda consideradas na categoria “ética do cuidado”.

Por fim, para o caso III verifica-se que 40,7% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos foram consideradas na categoria “ética principialista”; enquanto para os profissionais com mais de 49 anos se verifica que 35,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética profissional” e 22,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética casuística”.

Discussão

Somando o total de respostas dadas pelas categorias dos casos, conclui-se que 87 respostas desenvolvem os problemas éticos pela categoria “ética principialista”, 85 respostas pela categoria “ética profissional”, 48 respostas pela categoria “ética do cuidado”, 23 respostas pela categoria “ética casuística” e 21 respostas pela categoria “ética das virtudes”.

Para o caso I, em que se apresenta um problema ético muito comum e próprio dos cuidados de saúde primários (CSP), um paciente que perturba a rotina do serviço, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética principialista” seguida pela “ética do cuidado” (quadro III,); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IV); quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro V); quer nos diferentes grupos etários (quadro VII); e apenas na área de trabalho é que surgiram diferenças (quadro VI). Nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido e só a nível da área rural é que as categorias maioritárias foram a “ética do cuidado” e a “ética das virtudes” com a mesma percentagem de respostas.

É curioso notar que haja menos enfermeiros que médicos na categoria “ética das virtudes” (quadro V), uma vez que o modelo da “enfermeira virtuosa” é um dos que marca a construção histórico-social da enfermagem. Isto talvez possa ser motivado pelo facto dos enfermeiros, nos últimos tempos, virem a desenvolver um processo de avaliação da sua independência como

profissionais de saúde e de revisão coletiva e crítica da natureza dos seus papéis, atividades e responsabilidades profissionais, como explica João Veiga.¹⁰

Ainda nas respostas principialistas do caso I, é possível identificar uma posição, em certa medida, autoritária de alguns médicos e enfermeiros, quando estes profissionais apontam os seguintes problemas éticos nas relações com o paciente: “como informar o utente para conseguir a sua adesão ao tratamento”; “solicitação de procedimentos pelo utente” e “recusa do utente às indicações médicas”. Isto remete para os comentários de Tom Beauchamp e James Childress¹¹ relativos aos problemas encontrados no contexto dos cuidados de saúde para se efetivar o respeito pela autonomia dos pacientes nos serviços de saúde, devido à sua condição dependente e à atitude autoritária dos profissionais de saúde.

Nos CSP, não são raras as práticas perpetuadoras da dependência do paciente, em vez de se procurar a promoção da sua autonomia e cidadania. Isso é percorrer o caminho da beneficência paternalista com os seus traços de superproteção e, em certa medida, de autoritarismo que descrevem as atitudes do tipo “eu sei o que é melhor para si”. Na enfermagem, esta atitude reveste-se de uma nuance particular, pois o processo do trabalho da enfermagem é marcado pela uso de protocolos e por rotinas de cuidados e procedimentos que, supostamente, respondem às necessidades de quase todos os pacientes, isto na maioria das vezes. É bastante comum os enfermeiros encaixarem os cuidados dispensados a uma pessoa ou a um grupo numa rotina pré-estabelecida, não importando se ela é, ou não, congruente com as condições de quem procura ou precisa dos seus cuidados. Parece que se instala o “paternalismo burocrático”, no qual as normas, os procedimentos e as rotinas determinam o que deve ser feito, não importando o que é melhor ou mais indicado, ou ainda, o que o paciente autonomamente solicita. Os pacientes são, então, rotulados de “colaboradores” e “não colaboradores”, sendo que os primeiros, geralmente recebem os cuidados sem os questionar, ao passo que os segundos, de uma forma ou outra fazem-no.¹²

Tom Beauchamp e James Childress¹¹ afirmam que nas instituições onde as pessoas são admitidas contra a sua vontade, como as prisões, as violações ao princípio do respeito pela autonomia são explícitas; mas contudo naquelas onde a admissão é voluntária, este comprometimento das escolhas autónomas pelas regras, políticas e práticas da instituição, frequentemente, é subtil. Como exemplo citam os lares para idosos, considerando que a liberdade dos residentes nestas instituições, para viverem de acordo com as suas preferências e

planos de vida, deve ser balanceada com a proteção da sua saúde, a proteção dos interesses dos demais internados, a promoção da segurança e eficiência da instituição e a alocação dos recursos escassos. Neste contexto, segundo os autores, muitos contestam o respeito pela autonomia, afirmando que este configura uma exigência demasiado elevada para estas organizações e propõem, em lugar do consentimento informado, o “consentimento negociado” que regula os deveres mútuos em vez dos direitos individuais. Esta alternativa é considerada pelos autores como arriscada sem o estabelecimento de proteções claras à vulnerabilidade dos residentes.¹¹

Guardadas as devidas proporções, parece possível traçar um paralelo destas considerações com os cuidados de saúde prestados nos centros de saúde (CS), especialmente porque o contacto dos profissionais com o paciente, a exemplo do que ocorre nos lares, perdura por um longo período e o modelo de consentimento praticado por médicos e enfermeiros aproxima-se desta negociação em relação às normas e rotinas. Cabe aqui um alerta para a vulnerabilidade, pois também se observa em algumas respostas, que o paciente é visto pelos profissionais de saúde como alguém que não conta com os outros quando recorre ao CS, o que lhe imprime alguma vulnerabilidade, quando deveria ser alvo de proteção, com vista a promover a sua autonomia e cidadania.

É claro que não se advoga com isto que os profissionais de saúde desprezem as rotinas que tão bem se prestam a organizar os serviços, melhorando o seu fluxo e o processo do trabalho. O absurdo está na sua conversão em normas rígidas que ordenam as condutas. Isto talvez possa ser evitado se houver uma ponderação dos princípios da não maleficência e da beneficência pelos médicos e enfermeiros, embora no momento de prevenir os danos ou eliminar as condições que os possam provocar, o cumprimento de normas continue a gozar de uma importância particular.

Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissionais, um profissional de saúde dependente do álcool, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética profissional” seguida pela “ética do cuidado” (quadro III); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IV); e quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro V). Na área de trabalho (quadro VI) e nos diferentes grupos etários (quadro VII) é que surgiram pequenas diferenças, não em relação à primeira categoria que se manteve, a “ética profissional”, mas em relação à segunda. Assim, nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido, a nível da área rural é que a segunda

categoria foi a “ética principialista” embora o número de respostas tenha sido muito pequeno. O mesmo aconteceu com o grupo de menos de 40 anos, em que a segunda categoria foi a mesma.

Para a discussão dos resultados deste caso, recorda-se que, segundo Carol Gilligan¹³, os dilemas hipotéticos, graças à abstração da sua apresentação, afastam os atores morais da história e da psicologia das suas próprias vidas individuais e separam o problema ético dos contextos sociais que envolvem a sua ocorrência. Ao fazerem isso, segundo a autora, esses dilemas são úteis para verter e apurar os princípios objetivos da justiça e mensurar a lógica formal da igualdade e reciprocidade. Entretanto, a reconstrução do dilema na sua particularidade contextual permite a compreensão da causa e da consequência o que implica a compaixão e a tolerância observadas, nos seus estudos, e na distinção dos juízos morais das mulheres. Somente quando se dá substância aos esqueletos da vida das pessoas hipotéticas é possível considerar a injustiça social que os seus problemas morais podem refletir e imaginar o sofrimento individual que a sua ocorrência pode implicar, ou que a sua resolução pode significar.¹³

Isto talvez contribua para justificar a mistura das categorias “ética profissional”, “ética do cuidado” e “ética principialista” que, de forma geral, norteia as resoluções recomendadas para este caso.

Para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, em que uma paciente sem médico de família, após percorrer o percurso do sistema de saúde só consegue que o seu problema de saúde seja resolvido com uma “cunha”, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética principialista” logo seguida pela “ética profissional” (quadro III). No entanto, para este caso surgiram diferenças em todos os grupos. Assim, os homens privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética principialista”, e ocorreu o inverso com as mulheres (quadro IV). Os médicos privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética casuística”, enquanto os enfermeiros privilegiaram a “ética principialista” seguida pela “ética profissional” (quadro V). Os profissionais de saúde da área de trabalho urbana privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética principialista”, mas ocorreu o inverso com os profissionais das áreas semiurbana e rural (quadro VI). Por grupos etários, os profissionais com menos de 50 anos privilegiaram a “ética principialista” seguida pela “ética profissional”, enquanto os profissionais com mais de 49 anos privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética casuística” (quadro VII).

Susan Pierce¹⁴, com base em estudos empíricos, afirma que os profissionais de saúde, ao discutirem os casos éticos reais, não revelam nenhum modelo de tomada de decisão linear, do tipo passo a passo. Ao invés disso, evidenciam uma abordagem multifacetada, não linear e integrada que se move dos dados e factos para as alternativas e consequências; voltando para os dados, valores pessoais, visões de mundo, princípios da bioética e, finalmente, uma escolha e a sua justificação.

As respostas aos questionários revelam, também, um aspeto importante do princípio da justiça, como defendido por Tom Beauchamp e James Childress¹¹, isto é a distribuição dos bens e recursos de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas. Se no que respeita à alocação “macro” são essenciais as políticas públicas, já na alocação “micro” parece também ter peso, além ou em consequência destas, as normas internas dos CS que, muitas vezes, são determinadas pelos próprios profissionais unilateralmente.

A inclusão da categoria “ética casuística” neste último caso ocorreu por alguns dos profissionais de saúde terem referido as suas experiências anteriores, assim como o raciocínio por paradigma e analogia.

Concluindo, os profissionais de saúde estudados utilizam, na tomada de decisão frente a problemas éticos, atitudes principalmente justificadas pelas “Ética Principialista” e “Ética Profissional”, embora também recorram a justificações da “Ética do Cuidado” e, em menor número, da “Ética Casuística” e da “Ética das Virtudes”.

As atitudes dos profissionais de saúde perante os problemas éticos apontados parecem confirmar a ideia de que, nos cuidados de saúde primários, os problemas éticos são constituídos, de maneira geral, por preocupações do dia-a-dia dos cuidados de saúde e não por situações críticas que requeiram soluções ponderadas, como as enfrentadas no contexto hospitalar.

Também apontam para a responsabilidade ética dos gestores da saúde, uma vez que muitos dos problemas éticos decorrem da estruturação dos serviços. Evidenciando, assim, que a excelência ética e técnica da prática dos profissionais de saúde passam, obrigatoriamente, pelas políticas públicas de saúde e pelas condições organizacionais das instituições e do sistema de saúde.

As soluções propostas para os casos apresentados indicam que os médicos e enfermeiros que responderam aos questionários, de uma maneira geral, têm a preocupação de preservar os direitos individuais, mas procuram fazê-lo de uma forma que proteja tanto os vínculos

familiares quanto os da equipa com os pacientes, o que pode ser considerado como uma mistura das abordagens principialista e do cuidado.

Nesta junção ainda tem lugar o raciocínio por analogia e paradigma na análise dos problemas éticos, o que fica patente quando os inquiridos comparam os casos apresentados com situações reais semelhantes, vivenciadas por eles próprios ou por colegas. Entretanto, a utilização da casuística como um método na tomada de decisão face a problemas éticos no contexto dos cuidados de saúde primários, enfrenta limitações e requer a

constituição de um reportório de casos que incorpore as diferentes circunstâncias e situações próprias desta esfera de cuidados de saúde e que possam servir para paradigma e analogia.

Agradecimentos

A todos os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro que reponderam ao questionário, aceitando fazer parte do estudo.

Referências Bibliográficas

1. Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L, Siminoff L, editors. *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
2. Zoboli EL, Fortes P. Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(6):1690-99.
3. Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract*. 2000;17(2):124-8.
4. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics*. 2001;27(2):98-103.
5. Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Kreibeck H, Astrom S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(2):149-56.
6. Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract*. 2005;55(517):620-5.
7. Zoboli EL. Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
8. Loff A. Relações inter-profissionais. In: Patrão-Neves MdC, editor. *Comissões de ética: Das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 428-9.
9. Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G, editors. *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
10. Veiga J. Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th edition ed. New York: Oxford University Press; 2001.
12. Thompson IE. *Ética em enfermagem*. 4ª edição ed. Loures: Lusociência; 2004.
13. Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
14. Pierce SF. A model for conceptualizing the moral dynamic in health care. *Nurs Ethics*. 1997;4(6):483-95.

Conflito de Interesses

O autor declara não ter conflito de interesses para este artigo.

Endereço para Correspondência:

José Augusto Rodrigues Simões
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro
E-mail: jars@ua.pt

Atitudes Éticas dos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários Perante os Direitos que Visam a Autonomia do Paciente

José Augusto Simões*, José Carlos Martins**

Pontos-chave:

Na atualidade não é simples falar de moral, embora a ética esteja na moda, contudo parece que poucos acreditam que seja uma disciplina importante para a vida em geral.

Considerando que existem poucos estudos sobre as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde, o objetivo deste estudo foi analisar as atitudes éticas dos profissionais de saúde nas relações com os pacientes.

Resumo

Objetivo: Considerando que existem poucos estudos sobre as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde, o objetivo deste estudo foi analisar as atitudes éticas dos profissionais de saúde nas relações com os pacientes.

Métodos: Estudo transversal quantitativo, que envolveu médicos e enfermeiros dos centros de saúde da região centro de Portugal. Uma escala, validada, para avaliar as atitudes éticas dos profissionais de saúde, foi aplicada a uma amostra de médicos e enfermeiros de cuidados de saúde primários através de questionário auto-preenchido. Software: SPSS 15.0. Testes estatísticos: Mann-Whitney and Kruskal-Wallis.

Resultados: Foram inquiridos 163 profissionais de saúde, 77 médicos e 86 enfermeiros, 74,2% do sexo feminino, com idade média de 45,8 anos. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não parecem ser influenciadas pelo género, idade ou anos de atividade. No entanto, os médicos em relação aos enfermeiros parecem ter atitudes éticas mais firmes perante os direitos que visam a autonomia do paciente, assim como os profissionais de saúde que trabalham nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro e em área urbana.

Abstract

Aim: whereas there are few studies on the basis that influence ethical decisions of health professionals, the aim of this study was to analyze the ethical attitudes of health professionals in dealing with patients.

Methods: A quantitative cross-sectional study involving doctors and nurses from the health centers of the central region of Portugal. A validated scale to assess the ethical attitudes of health professionals was applied to a sample of physicians and nurses in primary health care physicians and primary health care nurses through a self filled. Software: SPSS 15.0. Statistical tests: Mann-Whitney and Kruskal-Wallis.

Results: We surveyed 163 health professionals, 77 doctors and 86 nurses, 74.2% female, mean age of 45.8 years. Ethical attitudes of health professionals do not seem to be influenced by gender, age or years of activity. However, doctors in relation to nurses seem to have firmer ethical attitudes towards the rights aimed at the patient's autonomy, as well as health professionals working in the health sub-region of Viseu and Aveiro and in urban areas.

Discussion: The doctors and nurses in primary health care are concerned with preserving the ethics of their

* Médico de Família na USF Marquês de Marialva, ACeS Baixo Mondego.

** Enfermeiro. Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Discussão: Os médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários preocupam-se com a preservação da eticidade das suas atitudes para com os pacientes. São necessários mais estudos sobre a interface da bioética com os cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários. Escala de Atitudes. Bioética. Médicos. Enfermeiros.

attitudes towards patients. Further studies are needed on the bioethics interface with primary health care.

Keywords: Ethics, Primary Health Care, Attitudes Scale, Family Practice, Nursing.

Introdução

Na atualidade não é simples falar de moral, embora a ética esteja na moda, contudo parece que poucos acreditam que seja uma disciplina importante para a vida em geral. Ética e moral remetem-nos para os costumes e ajudam-nos a forjar um carácter bom e a confrontar a vida de um modo mais humano de forma que, no final, possamos ser mais felizes¹.

A ética é uma disciplina de carácter prático que pretende guiar a ação humana com um sentido racional. Embora vivamos num tempo de certo relativismo moral e se defenda a convicção que não é possível discutir na ética coisas que são completamente subjetivas e privadas², a própria sociedade pede a imposição de limites práticos e reconhece que em certas ocasiões nem tudo vale, e nem tudo vale por igual^{3,4}.

O campo da saúde é cada vez mais influenciado pelos avanços científicos e tecnológicos que provocaram uma crescente complexidade da medicina. A utilização destas novas tecnologias deve ser analisada sob um ponto de vista ético, assim como as mudanças que aconteceram nas relações entre os profissionais da saúde e os utentes dos serviços de saúde nas últimas décadas. A bioética cresceu ao mesmo tempo que os problemas com o ambiente e as ciências da vida (medicina, enfermagem, biologia, ecologia,...) e esboçou alguns princípios gerais para se poder decidir se tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto e bom^{5,6}.

A bioética está implícita na atividade diária, mas de um modo inconsciente. Em geral é observada uma rejeição pelos tópicos que insinuam a autocrítica. Os conflitos éticos derivam fundamentalmente da relação entre o profissional de saúde e o doente, pontuada pela família, principalmente ao dar informação. Os princípios bioéticos consideraram como muito importante os direitos do doente à informação e ao consentimento informado⁷.

Designa-se por consentimento informado o acordo livre e esclarecido que um ser humano presta em relação

a quaisquer atos médicos a serem praticados na sua pessoa. O consentimento informado é uma das consequências do primeiro princípio da Bioética: a autonomia de todo e qualquer ser humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua autorrealização individual⁸.

Está a tornar-se universalmente aceite que é dever do médico fornecer a informação, o mais completa possível, a respeito de todo o procedimento que deva ser empreendido, e esta informação deve incluir consequências possíveis e o prognóstico ou a esperança provável de sucesso. No entanto, não há acordo sobre se a informação e o consentimento dados em formulários mais ou menos desenvolvidos podem ser considerado consentimento informado e esclarecido⁹.

A pesquisa de estudos de atitudes éticas dos profissionais de saúde permitiu identificar a *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, elaborada e validada por José Carlos Martins¹⁰, uma escala tipo Likert com 31 itens e cinco possibilidades de resposta em cada item, que pareceu ser adequada para avaliar as atitudes éticas dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.

Neste sentido, e após já terem sido estudadas as atitudes de doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento¹⁰, as atitudes dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra¹¹ e as atitudes de médicos de família¹² perante esses mesmos direitos, pareceu-nos pertinente levar a cabo um estudo das atitudes dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários perante os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. Desenvolvemos uma investigação descritiva e correlacional, centrada nos seguintes objetivos:

- Analisar o quadro de atitudes dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, perante os direitos que visam a autonomia do doente;

- Analisar as relações entre a idade, o género, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região e a área de trabalho dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários e a atitude perante os direitos que traduzem a autonomia;
- Comparar as perceções e atitudes dos médicos com as opiniões e atitudes dos enfermeiros.

Formularam-se as seguintes hipóteses:

- H1.** As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro).
- H2.** As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo género (masculino ou feminino).
- H3.** As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade.
- H4.** As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo número de anos de profissão.
- H5.** As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela sub-região em que trabalham (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu).
- H6.** As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela área geográfica em que trabalham (urbana, rural, semiurbano).

Métodos

Realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo, e com componente analítica, através da aplicação de um questionário, construído para o estudo, na área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-C).

O universo estudado foram os médicos de família e os enfermeiros a trabalhar nos centros de saúde (CS) da ARS-C. Devido ao número de profissionais a estudar ser de 1660 médicos e 1659 enfermeiros¹³ e à sua dispersão geográfica, houve necessidade de obter uma amostra que fosse representativa de toda a região. Por não haver indicadores primários, nem dados de estudos anteriores que permitissem calcular um número significativo, optou-se por uma amostragem de agrupamento¹⁴ com base geográfica no distrito, que correspondia a cada sub-região de saúde (SRS). Assim, foram definidas as amostras das populações a estudar: médicos

de família (especialistas de medicina geral e familiar e clínicos gerais com listas de utentes) e enfermeiros (especialistas e não especialistas) a trabalhar em 50% dos CS de cada SRS da área da ARS-C. Os centros de saúde foram ordenados alfabeticamente, por sub-região de saúde, seguindo-se um sorteio, por números aleatórios, dos CS até perfazer os 50%. A aleatorização de centros de saúde acabou por determinar a seleção de CS com um total de 936 (56%) dos médicos de família e 816 (49%) dos enfermeiros da área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro.

Antes de se iniciar a aplicação do questionário foi pedido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João, do Porto, a elaboração de um parecer para a realização do estudo; e ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, a necessária autorização para a realização do mesmo.

Os diretores dos centros de saúde aleatorizados foram contactados, pessoalmente ou pelo correio, pedindo-se-lhes colaboração na distribuição dos questionários junto de todos os médicos de família e enfermeiros em serviço no seu CS, bem como na recolha e sua devolução ao investigador.

O questionário utilizado neste estudo era composto por duas partes. A primeira incluiu seis questões sobre os aspetos sócio profissionais de caracterização do inquirido: idade, sexo, profissão, número de anos de profissão, sub-região e área de trabalho. A segunda parte incluiu a *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, elaborada e validada por José Carlos Martins¹⁵, escala tipo Likert com 31 itens.

Resultados

Só foram recebidos 163 questionários devidamente preenchidos, o que representou uma muito baixa taxa de resposta (9,3%) dos profissionais de saúde dos centros de saúde aleatorizados na Região Centro.

A amostra em estudo ficou constituída por 121 de indivíduos do sexo feminino e 42 do sexo masculino, o que representa 74,2% e 25,8% respetivamente.

As principais características sócio profissionais da amostra são apresentadas no quadro I.

A média de idades é de 45,8 anos e a mediana situa-se nos 48 anos. O desvio padrão é de 9,09 anos. O indivíduo mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 61 anos.

Por género, a média de idades para o feminino é de 44,5 anos e a mediana situa-se nos 44 anos. O desvio padrão é de 9,12 anos. A mulher mais nova tinha 23 anos e a mais idosa 61 anos. A média de idades para o masculino é de 49,9 anos e a mediana situa-se nos 52 anos. O desvio padrão é de 7,80 anos. O homem mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 58 anos.

Quando agrupados por grupos etários, verifica-se que predominam os grupos etários 50-59 anos (44,2%) e 40-49 anos (28,2%). Os grupos menos numerosos são o dos 20-29 anos (3,7%) e dos 60-69 anos (1,2%).

Profissionalmente, verifica-se que a amostra é constituída por 77 médicos (47,2%) e por 86 enfermeiros (52,8%).

Por profissões, a média de idades para os médicos é de 50,8 anos e a mediana situa-se nos 52 anos. O desvio padrão é de 6,78 anos. O indivíduo mais novo tinha 30 anos e o mais idoso 61 anos. A média de idades para os enfermeiros é de 41,4 anos e a mediana situa-se nos 41 anos. O desvio padrão é de 8,56 anos. O indivíduo mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 61 anos.

Quanto à sub-região a que pertencem, verifica-se que 31 indivíduos da amostra pertencem a Aveiro (19,0%), 49 a Castelo Branco (30,1%), 48 a Coimbra (29,4%), 20 a Leiria (12,3%), 10 à Guarda (6,1%) e por fim, só 5 indivíduos pertencem a Viseu (3,1%).

Quanto à área de trabalho, 83 indivíduos consideram que trabalham em meio urbano (50,9%), 26 em meio rural (16,0%) e 54 consideram que trabalham num meio semiurbano (33,1%).

Quadro I: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características socioprofissionais

Variáveis	Nº	%
Género		
Feminino	121	74,2
Masculino	42	25,2
Idade		
20 – 29 anos	6	3,7
30 – 39 anos	37	22,7
40 – 49 anos	46	28,2
50 – 59 anos	72	44,2
60 – 69 anos	2	1,2

Profissão		
Médico	77	47,2
Enfermeiro	86	52,8
Sub-Região		
Aveiro	31	19,0
Castelo Branco	49	30,1
Coimbra	48	29,4
Guarda	10	6,1
Leiria	20	12,3
Viseu	5	3,1
Área de Trabalho		
Urbana	83	50,9
Rural	26	16,0
Semiurbana	54	33,1

De acordo com os dados obtidos, pode-se constatar que os respondentes apresentam uma atitude de concordância em relação aos itens inquiridos com uma média de resposta de 3.99, com um mínimo de 3.07 e um máximo de 4.80 (quadro II). As respostas podiam variar numa escala de Likert, entre um e cinco, representando o valor “um” a discordância completa e o valor “cinco” a concordância completa (em relação ao item).

Quadro II: Estatística descritiva relativa às atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes

	Escala
Nº de itens	31
Média	3.99
Mediana	3.93
Desvio Padrão	0.36
Variância	0.13
Mínimo	3.07
Máximo	4.80

Testando as hipóteses formuladas:

H1. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro).

Verificou-se que a média das pontuações foi superior no grupo dos médicos (quadro III), como a variável da pontuação da escala não segue uma distribuição normal, nos grupos profissionais, teve que se aplicar o teste não paramétrico Mann-Whitney, e estatisticamente rejeita-se a hipótese nula ($p < 0.5$). Pode assim concluir-se que as atitudes perante problemas éticos nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias são influenciáveis pela profissão. Considerando como mais firme a obtenção de pontuações superiores na avaliação feita através da aplicação da escala, pode considerar-se como mais firmes as atitudes éticas dos médicos face aos enfermeiros perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes.

Quadro III: Atitudes éticas dos inquiridos segundo a profissão

	Média da pontuação na escala A	Teste Mann-Whitney
Médicos (n=77)	4.02	p = 0.031
Enfermeiros (n=86)	3.96	

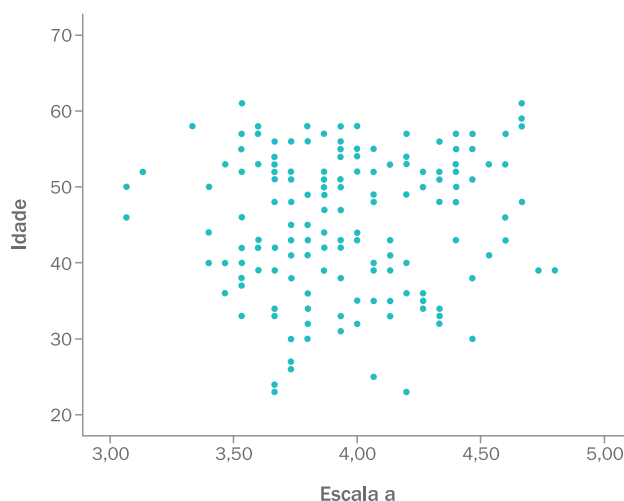
H2. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo género (masculino ou feminino).

Verificou-se que a média das pontuações para a escala foram iguais nos dois géneros = 3.99. Não se rejeitando esta hipótese nula. Conclui-se assim que as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes não são influenciáveis pelo género.

H3. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade.

Como nenhuma das duas variáveis segue uma distribuição normal, aplicou-se o coeficiente de Spearman que tem um valor de teste de 0.059 (correlação positiva fraca), associado a um valor p de 0.257 (Gráfico I). Não se rejeitando esta hipótese nula. Conclui-se assim que as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes não são influenciáveis pela idade.

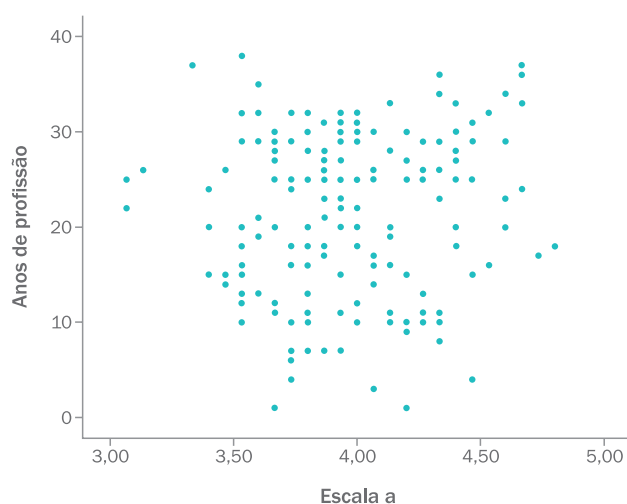
Gráfico I: Atitudes éticas dos inquiridos segundo a idade



H4. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo número de anos de profissão.

Como nenhuma das duas variáveis segue uma distribuição normal, aplicou-se o coeficiente de Spearman que tem um valor de teste de 0.111 (correlação positiva fraca), associado a um valor p de 0.033 (Gráfico II). Não se rejeitando esta hipótese nula. Conclui-se assim que as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes não são influenciáveis pelo número de anos de profissão.

Gráfico II: Atitudes éticas dos inquiridos segundo o número de anos de profissão



H5. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela sub-região em que trabalham (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu).

Verificou-se que a média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que trabalham na sub-região de Viseu e inferior nos que trabalham na sub-região de Castelo Branco (quadro IV), como a variável da pontuação da escala não segue uma distribuição normal em todas as subamostras, pelo que aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, e estatisticamente rejeita-se a hipótese nula ($p < 0.001$). Pode assim concluir-se que as atitudes dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes são influenciáveis pela sub-região em que trabalham. Considerando como mais firme a obtenção de pontuações superiores na avaliação feita através da aplicação da *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, pode considerar-se como mais firmes as atitudes éticas nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro e menos firmes nas sub-regiões de saúde de Leiria e Castelo Branco.

Quadro IV: Atitudes éticas dos inquiridos em função da sub-região de saúde a que pertencem

	Média da pontuação na escala A	Teste Kruskal-Wallis
Aveiro	4.03	$p < 0.001$
Castelo Branco	3.88	
Coimbra	4.01	
Guarda	3.99	
Leiria	3.92	
Viseu	4.29	

H6. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela área geográfica em que trabalham (urbana, rural, semirrural/urbano).

Verificou-se que a média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que trabalham em zona urbana (quadro V), como a variável da pontuação da escala não segue uma distribuição normal em todas as subamostras, pelo que aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, e estatisticamente rejeita-se a hipótese nula ($p < 0.001$). Pode assim concluir-se que as atitudes perante problemas éticos nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias são influenciáveis pela área geográfica em que

trabalham. Considerando como mais firme a obtenção de pontuações superiores na avaliação feita através da aplicação da *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, pode considerar-se como mais firmes as atitudes éticas dos profissionais que declararam trabalhar em área urbana.

Quadro V: Atitudes éticas dos inquiridos em função da área geográfica em que trabalham

	Média da pontuação na escala	Teste Kruskal-Wallis
Urbana	4.06	$p < 0.001$
Rural	3.92	
Semiurbana	3.92	

Discussão

Em termos de distribuição por sexo verifica-se que 74,2% dos respondentes ao questionário são do género feminino, o que está de acordo com a informação de que os efetivos da Saúde em Portugal são predominantemente mulheres¹⁶ e de que está a ocorrer uma feminização da medicina¹⁷.

Outro dado que se pode considerar de acordo com o esperado é o facto de predominar o grupo etário dos 50-59 anos, com 44,2% dos indivíduos. Este facto confirma o problema de carência de médicos de família a nível dos cuidados de saúde primários, por a curto prazo um grande número destes profissionais ir entrar na idade da reforma¹⁸. Aliás, a média de idades para os MF neste estudo é de 50,8 anos e a mediana situa-se nos 52 anos, enquanto a média de idades para os enfermeiros é de 41,4 anos e a mediana situa-se nos 41 anos.

Por sub-região verifica-se que pertencem a Aveiro 19,0% dos respondentes ao questionário, 30,1% a Castelo Branco, 29,4% a Coimbra, 6,1% à Guarda, 12,3% a Leiria e só 3,1% a Viseu. Em relação à aleatorização dos CS verifica-se que percentualmente as sub-regiões de Castelo Branco e Coimbra estão sobre representadas nesta amostra, Aveiro e Leiria estão devidamente representadas, e Guarda e Viseu estão sub-representadas. Este facto ocorreu por ter havido uma boa participação dos profissionais dos centros de saúde de Castelo Branco e da Covilhã, e por o investigador trabalhar na sub-região de saúde de Coimbra, pelo que teve mais oportunidades para motivar os profissionais desta sub-região para o estudo.

De acordo com os dados obtidos e descritos nos resultados, verifica-se que os inquiridos apresentam uma atitude de concordância face aos itens da escala, apresentando uma média de respostas no global da escala de 3.99, com um mínimo de 3.07 e um máximo de 4.80.

As médias das pontuações relativas aos médicos (4.02) são superiores às médias dos enfermeiros (3.96) e estatisticamente significativas ($p = 0.031$), levando assim a concluir que as atitudes éticas dos profissionais de saúde são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro).

Na literatura consultada encontraram-se estudos que apontam no sentido de que existem diferenças de atitude ética entre os enfermeiros e os médicos^{19,20,21,22,23,24,25} outros estudos que referem que não existem diferenças^{26,27,28,29,30} e ainda outros estudos que referem que não há diferenças no número de problemas identificados entre médicos e enfermeiros, mas que há diferenças no tipo de problemas identificados, ou seja estas diferenças não ocorrem em virtude de haver diferença no compromisso ou na abordagem ética mas, em função da estrutura hierárquica da organização assistencial e dos papéis de médicos e enfermeiros como prestadores de cuidados de saúde^{31,32}.

Também em Portugal se antecipa que apesar das divergências existentes entre estas duas profissões, o ensino da bioética tenderá a esbater progressivamente os diferentes *backgrounds* existentes na medicina e na enfermagem³³. Em larga medida porque independentemente da corrente ética predominante, e das tradições profissionais envolvidas, o referencial axiológico da bioética é a eminente dignidade da pessoa humana e a sua responsabilidade substantiva com os outros membros da comunidade moral no quadro de uma verdadeira solidariedade ontológica³⁴.

As médias relativas aos indivíduos dos géneros masculino e feminino são semelhantes, não existindo diferenças estatisticamente significativas, levando assim a concluir que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pelo género do profissional. O que parece sugerir uma diminuição da importância relativa da “ética do cuidado” face às outras correntes éticas, nomeadamente ao princípalismo.

Na literatura consultada existe um estudo que aponta no sentido de que pode existir diferenças de atitude ética devidas ao género³⁵ e outros estudos, tal como este, que referem que não existem diferenças^{29,36}.

No presente estudo foi encontrada uma correlação positiva fraca na associação das atitudes éticas com a idade

e o número de anos de profissão, concluindo-se que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela idade e número de anos de profissão. No entanto na literatura consultada foram vários os estudos encontrados a referir que existem diferenças de atitude ética devidas à idade^{37,38,39}.

A média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que trabalham na sub-região de saúde de Viseu e inferior nos que trabalham na sub-região de Castelo Branco. Constatando-se, pelo presente estudo, que as atitudes éticas dos profissionais de saúde parecem ser mais firmes nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro e menos firmes nas sub-regiões de saúde de Leiria e Castelo Branco. Na ponderação deste facto deve-se ter em consideração o baixo número de respostas recebidas de Viseu.

Cada administração distrital dos serviços médico-sociais, criadas em 1974 em pleno processo revolucionário, desenvolveu-se com total autonomia, que foi alargada com a sua transformação em administrações regionais de saúde em 1982¹⁸, pelo que cada sub-região herdeira destas administrações tem uma história e cultura muito próprias, o que talvez explique as diferenças encontradas neste estudo.

A reflexão ética no âmbito das organizações implica a existência de certas condições, sendo que a principal é a própria “comunidade moral” da organização, isto é, o conjunto de normas morais comuns aos seus membros, porque as organizações mais não são do que a complexa articulação de interesses individuais que perseguem objetivos comuns. Mas devem fazê-lo respeitando a dignidade do cidadão e os seus direitos fundamentais⁴⁰.

A cultura organizacional surge: quando existe uma partilha de valores e crenças; um quadro de referência da ação coletiva; e um sistema de ideias resultantes: da história da organização; da definição das situações pelos agentes dominantes; da interpretação cumulativa, por parte dos intervenientes; e do sentido das ações contínuas e recíprocas⁴¹.

A média das pontuações foi superior no grupo dos profissionais que declararam trabalhar em zona urbana (4.06) em relação aos que declararam trabalhar em zona rural ou semiurbana, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0.001$), levando assim a concluir que as atitudes éticas dos profissionais de saúde são mais firmes nos que trabalham em área urbana.

Já o estudo anteriormente descrito de Barry Hoffmaster e colaboradores³⁵ refere a existência de diferença nas

atitudes éticas dos profissionais de saúde em função da área geográfica em que trabalham.

Considerando “mais firme” a obtenção de valores superiores na avaliação feita através da aplicação da *Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento*, elaborada e validada por José Carlos Martins¹⁵, pode-se concluir, para os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro que responderam ao questionário, que as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os direitos à informação e ao consentimento dos pacientes:

- A. Parecem ser mais firmes nos médicos que nos enfermeiros;
- B. Não são influenciáveis pelo género;
- C. Não são influenciáveis pela idade e número de anos de profissão;
- D. Parecem ser mais firmes nos profissionais que trabalham nas sub-regiões de saúde de Viseu e Aveiro;
- E. Parecem ser mais firmes nos que declaram trabalhar em área urbana.

Referências Bibliográficas

- CORTINA, A. El quehacer ético. Guía para la educación moral. Madrid: Aula XXI/Santillana, 1996.
- CORTINA, A. La ética de la sociedad civil. Madrid: ANAYA; 1994.
- SAVATER, F. Invitación a la ética. Barcelona: Anagrama; 1986.
- SAVATER, F. Ética para Amador. Barcelona: Ariel; 1992.
- GRACIA, D. Fundamentos de bioética. Madrid: EUEMA Universidad; 1989.
- GRACIA, D. Planteamiento general de la bioética. In: GRACIA, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
- DÍAZ, B. et al. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. Atención Primaria. 2005; 35: 240-245.
- ARCHER, L. Ainda os direitos do Homem. O consentimento informado. Brotéria. 1999; 148(2): 155-164.
- VOLLMAN, J. Informed consent. A historical and medical perspective. In: OKASHA, A., ARBOLEDA-FLÓREZ, J., SARTORIUS, N. (eds.). Ethics, culture and psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 2000; 167-188.
- MARTINS, JC. Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. Revista de Investigação em Enfermagem. 2003; 8: 49-62.
- MARTINS, JC. Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, atitudes e opiniões. Revista Referência. 2004; 12:15-26.
- SIMÕES, JA. et al. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. Revista Portuguesa de Bioética. 2007; 3:315-330.
- DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE DDE. Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2005. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2006.
- CARDOSO, SM. Notas epidemiológicas. Coimbra: Faculdade de Medicina - Instituto de Higiene e Medicina Social; 1998.
- MARTINS, JC. Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. Revista de Investigação em Enfermagem. 2003; 8: 49-62.
- MARTINS, J. et al. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Parte I - Quantos somos e quem somos. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2003;19(5):513-17.
- MACHADO, MCS. A feminização da medicina. Análise Social. 2003;38(166):127-37.
- BISCAIA, AR. et al. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. 2ª edição revista e actualizada ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
- ROBILLARD, HM. et al. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. J Community Health. 1989 Spring;14(1):9-17.
- UDEN, G. et al. Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. J Adv Nurs. 1992 Sep;17(9):1028-34.
- GRUNDSTEIN-AMADO, R. Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. J Adv Nurs. 1992 Feb;17(2):129-37.
- ROBERTSON, DW. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. J Med Ethics. 1996 Oct;22(5):292-9.
- RICHTER, J. et al. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swe-

Agradecimentos

A todos os profissionais dos centros de saúde da Administração Regional de Saúde do Centro que responderam ao questionário, aceitando fazer parte do presente estudo.

À Drª Denise Alexandre pela sua colaboração na análise estatística deste estudo.

- dish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci*. 2002 Jun;16(2):149-56.
24. HARIHARAN, S. et al. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 2006;7:E7.
 25. SIMÕES, JA. et al. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2007; 3: 315-330.
 26. SILVA, L. et al. Bioética e atenção básica: Um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enfermagem*. 2006;11(2):133-42.
 27. RICKARD, M. et al. Caring and justice: a study of two approaches to health care ethics. *Nurs Ethics*. 1996 Sep;3(3):212-23.
 28. KOLLEMORTEN, I. et al. Ethical aspects of clinical decision-making. *J Med Ethics*. 1981 Jun;7(2):67-9.
 29. GRAMELSPACHER, GP. et al. Perceptions of ethical problems by nurses and doctors. *Arch Intern Med*. 1986 Mar;146(3):577-8.
 30. GALLAGHER, A. Medical and nursing ethics: never the twain? *Nurs Ethics*. 1995 Jun;2(2):95-101.
 31. WALKER, RM, et al. Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. *J Gen Intern Med*. 1991 Sep-Oct;6(5):424-9.
 32. OBERLE, K. et al. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*. 2001 Mar;33(6):707-15.
 33. NUNES, R. Investigação e ensino da bioética em Portugal. In: Neves MdCP, editor. *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 103-8.
 34. NUNES, R. Ética, bioética e responsabilidade. *Humanística e Teologia*. 1997;18(2-3):279-90.
 35. HOFFMASTER, CB. et al. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. *Soc Sci Med*. 1991;33(6):647-53.
 36. KOLLEMORTEN, I. et al. Ethical aspects of clinical decision-making. *J Med Ethics*. 1981 Jun;7(2):67-9.
 37. CHRISTIE, RJ. et al. How family physicians approach ethical problems. *J Fam Pract*. 1983 Jun;16(6):1133-8.
 38. BREMBERG, S. et al. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract*. 2000 Apr;17(2):124-8.
 39. BITON, V. et al. The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction. *Int J Nurs Pract*. 2003 Jun;9(3):140-57.
 40. BRANDÃO, C. A ética empresarial e os fundos socialmente responsáveis. Porto: Vida Económica; 2004.
 41. NEVES, A. *Gestão na administração pública*. Alcabideche: Editora Pergaminho; 2002.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesse para o conteúdo deste artigo.

Endereço para Correspondência:

José Augusto Rodrigues Simões
USF Marquês de Marialva
Centro de Saúde de Cantanhede, Av. 25 de Abril, 44
3060-123 Cantanhede
Email: jarspt@sapo.pt

